



Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes
Frédérique Bily

► **To cite this version:**

Frédérique Bily. Prescription d'activité physique chez des patients atteints de facteurs de risque cardiovasculaire: enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01361066>

HAL Id: dumas-01361066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01361066>

Submitted on 6 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de
Docteur en médecine

Frédérique BILY
Née le 3 octobre 1987 au Mans (72)

**PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ DES PATIENTS
ATTEINTS DE FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE :
ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES
DES ALPES-MARITIMES**

Présentée et soutenue le 17 mai 2016 à la Faculté de Médecine

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs :

Madame le Professeur Fabienne D'ARRIPE-LONGUEVILLE

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Docteur Jean-Jacques DOMEREGO

Monsieur Stéphane DIAGANA

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Géraud	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Fabienne D'ARRIPE-LONGUEVILLE,

Qui me fait l'honneur d'être membre du jury de cette thèse. Merci pour cet échange très enrichissant et pour vos conseils lors de notre rencontre. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de médecine générale. Vos travaux au sein du laboratoire LAMHESS contribuent à renforcer le lien entre le sport et la santé en démontrant l'intérêt de l'activité physique comme outil thérapeutique et de prévention pour la santé. Le sujet choisi est à la frontière entre le sport et la santé et votre présence parmi le jury est le reflet de l'alliance possible entre ces deux mondes.

A Monsieur le Docteur Jean-Jacques DOMEREGO,

Merci de m'avoir encouragée à traiter d'un sujet qui me tenait à cœur. Vous êtes pour beaucoup dans le choix de ce sujet et vous m'avez vraiment déterminée en me parlant avec conviction de votre projet. J'ai apprécié d'être votre interne pour vos qualités d'orateur et votre goût de l'enseignement de la médecine et ses à-côtés.

A Monsieur Stéphane DIAGANA,

Qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet.

A Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC,

D'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour ton soutien infailible, pour ton entrain et ton énergie débordante. Je tiens à te remercier de m'avoir encouragée voire poussée à me lancer dans la thèse. Merci pour ta disponibilité et tes bons conseils. Ta grande volonté est contagieuse et tu as été extrêmement motivante. Tu as toutes les qualités d'une directrice de thèse et la principale est certainement que tu as réussi à me donner goût à ce que je faisais. J'ai pris un grand plaisir à réaliser ce travail et rien que pour ça, je t'en suis énormément reconnaissante.

Aux médecins généralistes,

Qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps pour réaliser les entretiens. Merci pour vos témoignages et vos prises de position. Sans vous, ce travail n'aurait jamais eu lieu.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue et accordé une entière confiance. Je vous remercie de m'avoir élevé dans la joie et la bonne humeur. Merci de m'avoir transmis le goût de l'effort, la curiosité d'esprit et le goût des copains. C'est peut-être grâce à ce beau modèle que je suis si épanouie aujourd'hui. Merci maman de m'avoir corrigé mes fautes d'orthographe ; j'ai eu un peu l'impression de revivre les premières rédactions du collège en rédigeant cette thèse.

A Emmanuelle, ma grande sœur, l'exploratrice des temps modernes. Si je n'ai toujours pas réussi à finir « 20 000 lieues sous les mers », ça fait maintenant plus de 2 ans, c'est peut-être à cause de toi et tes projets hors du commun que je suis avec excitation. J'admire ton incroyable détermination et ta capacité à vivre tes rêves dans une société où tout doit rentrer dans une case.

Para Guillermo, gracias por estar siempre ahi. Tu felicidad es contagiosa y me encanta-adoro tu optimismo infinito. Estoy segura de que vamos a hacer grandes cosas juntos! Gracias por tu apoyo y por ser a veces un poco geek ;) Te quiero. (Merci à Cibran pour la traduction. Je ne suis manifestement pas suffisamment avancée dans la méthode ASSIIMIL pour faire ma déclaration toute seule).

A Juliette, qui l'air de rien, est à l'origine de ce sujet de thèse. Je ne peux résumer en dix mots toutes les bonnes raisons de te remercier. Après avoir réfléchi, écrit, effacé, ré-écrit pour finalement effacer, je me suis dit que « ... » était certainement le plus bel hommage que je pouvais te faire.

A Nénaine, Marin, Clélie, Emilie, Juju et Auré, Marine et Quentin, Jeanne, Roro et Momo, Guirec, Maud, merci pour tous les grands moments passés ensemble. Nénaine, je n'oublierai jamais les stages de sémio passés ensemble. Clélie, merci pour ta complicité, tu as été une vraie source d'inspiration pour moi ces derniers jours. Emilie, on sort enfin la tête de l'eau et la prochaine fois qu'on se remet à l'eau, c'est avec des bouteilles pour aller voir les mérours !

A Fanny, mon fil rouge de l'internat. Je ne sais pas si on s'est tiré vers le haut toi et moi mais qu'est-ce qu'on a pu rigoler ensemble !

A Juliette et Alex, mes G.O. Merci pour votre petit brin de folie et votre ouverture d'esprit. Merci de m'avoir embarquée dans toutes vos aventures d'escalade, de canyoning et je l'espère bientôt de parapente. Les week-ends ne sont définitivement pas assez longs pour profiter de tout ce que vous proposez de faire ici !

Merci à tous les médecins qui m'ont donné goût à ce que je fais. Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales de mes différents stages.

Merci au Docteur MALATRASI pour vos qualités de maître de stage et la bonne humeur qui se dégage de votre cabinet. Merci au Docteur GIRAUD et à Martine pour votre accueil chaleureux lors de mon stage à Valberg.

Merci au Docteur MAILLET pour votre enseignement et la confiance que vous m'accordez. Un grand merci à toutes les équipes du bâtiment B des Sources pour votre accueil chaleureux. Merci particulièrement à l'équipe du B0, c'est un réel plaisir de travailler avec vous. Merci à Silvija pour ta bonne humeur.

TABLE DES MATIERES

1. LISTE DES ABREVIATIONS	15
2. INTRODUCTION.....	17
2.1. Définitions.....	17
2.1.1. Sédentarité.....	17
2.1.2. Activité physique.....	17
2.1.3. Sport	17
2.1.4. Activité Physique Adaptée	18
2.2. Problématique de la sédentarité et enjeux de l'activité physique.....	18
2.2.1. Sédentarité.....	18
2.2.2. Pratique d'activité physique en France et en Europe.....	20
2.3. Bénéfices de l'activité physique.....	22
2.3.1. Risque de mortalité et morbidité cardiovasculaire.....	22
2.3.2. Diabète de type 2.....	22
2.3.3. HTA.....	23
2.3.4. Surpoids et dyslipidémie	23
2.3.5. Sevrage tabagique.....	24
2.3.6. Autres bénéfices	24
2.4. Recommandations et plans	25

2.4.1. Recommandations OMS	25
2.4.2. Recommandations de la HAS concernant la prescription non médicamenteuse	26
2.4.3. Programme National Nutrition Santé	26
2.4.4. Sport Santé Bien-être	27
2.5. Projet de loi relatif à la modernisation du système de santé	27
2.6. Promotion de l'activité physique et sportive	28
2.6.1. La prescription d'activité physique.....	28
2.6.2. Perception et concepts psychologiques	29
2.7. Programmes à l'étranger et programmes pilotes nationaux	31
2.7.1. A l'étranger	31
2.7.2. Strasbourg, ville pionnière.....	32
3. MATERIEL ET METHODE.....	35
3.1. Objectif.....	35
3.2. Type d'étude.....	35
3.3. Guide d'entretien.....	36
3.4. Population et méthode de recrutement.....	37
3.5. Recueil des données	37
3.6. Transcription et analyse des données.....	38
4. RESULTATS	39
4.1. Résultats quantitatifs	39

4.2. Résultats qualitatifs	41
4.2.1. Pratiques actuelles	41
4.2.2. Connaissances et compétences	54
4.2.3. Déterminants de la prescription d'APA.....	62
5. DISCUSSION.....	78
5.1. Principaux résultats	78
5.2. Points forts et limites de l'étude.....	79
5.2.1. Points forts de l'étude	79
5.2.2. Biais de sélection.....	80
5.2.3. Le guide d'entretien	80
5.2.4. La neutralité et la compétence de l'investigateur	80
5.2.5. Biais d'analyse et d'interprétation.....	81
5.3. Comparaison avec la littérature	81
5.3.1. La place du médecin.....	81
5.3.2. Le patient ancré dans ses habitudes de vie.....	86
5.3.3. Attentes des médecins généralistes pour pouvoir demain prescrire de l'activité physique	88
6. CONCLUSION.....	92
7. BIBLIOGRAPHIE	94
8. ANNEXES.....	103
9. RESUME.....	105

10. SERMENT D'HIPPOCRATE	107
---------------------------------------	------------

1. LISTE DES ABREVIATIONS

AHA : American Heart Association

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIU Santé : Centre d'Innovation et d'Usages en Santé

CMG : Collège de Médecine Générale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL : High Density Lipoproteins

HTA : Hypertension Artérielle

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISCA : International Sport and Culture Association

LAMHESS : Laboratoire Motricité Humaine, Education, Sport, Santé

LDL : Low Density Lipoproteins

MET : Metabolic Equivalent of Task

MTT : Modèle Trans Théorique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

SFD : Société Francophone du Diabète

WHA : World Health Assembly

2. INTRODUCTION

2.1. Définitions

2.1.1. Sédentarité

Sédentaire vient du latin sedere, qui signifie " être assis ". L'OMS définit la sédentarité comme le manque d'activité physique (1). Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle, mais correspond à des occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de la valeur de repos (2), telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur ordinateur, lire, voire manger...

2.1.2. Activité physique

L'activité physique est définie dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) par "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense énergétique de repos"(3). Ses principales caractéristiques sont l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Du fait de cette définition, l'activité physique recouvre un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive.

En fonction du contexte dans lequel l'activité physique est réalisée, on peut identifier deux situations principales :

- l'activité physique lors des activités professionnelles et de la vie courante (par exemple, le transport) ;
- l'activité physique lors des activités de loisirs (de type sportif ou non).

2.1.3. Sport

Le sport est défini dans la Charte Européenne du Sport par « toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux. »(4).

2.1.4. Activité Physique Adaptée

De Potter (2004) définit l'activité physique adaptée (APA) comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». Les APA agissent au niveau fonctionnel en diminuant la déficience et les incapacités et au niveau social en réduisant les handicaps (5). Les formations apparaissent dans les années 1970 au Québec puis arrivent en France dans les années 1980 au sein des unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR STAPS). Les programmes en APA s'adaptent aux besoins et aux objectifs personnels des participants (personnes malades chroniques, en situation de handicap ou âgées).

2.2. Problématique de la sédentarité et enjeux de l'activité physique

2.2.1. Sédentarité

2.2.1.1. Un problème de santé publique mondial et national

L'OMS estime que près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28% et femmes 34%). Environ 3,2 millions de décès chaque année sont attribuables au manque d'exercice (6). La sédentarité est la quatrième cause de décès dans le monde et elle ne fait que croître comme l'a soulignée la revue The Lancet en 2012 qui la qualifiait alors de pandémie (7). D'après l'OMS, la sédentarité est la cause principale de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique. En 2012 dans le monde, chaque adulte a passé en moyenne 3h17 devant la télé chaque jour. Ce chiffre impressionnant augmente chaque année de plusieurs minutes (8).

Dans la résolution WHA66.10, les États Membres de l'OMS ont convenu comme cible de lutte mondiale contre les maladies non transmissibles une réduction de 10% de la sédentarité d'ici 2025.

Au niveau national et européen, le constat n'est pas meilleur. L'enquête Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique publiée en 2014 montre que 42% des français déclarent ne jamais faire de sport et 29% ne jamais faire d'activité physique, la moyenne européenne se situant à 30% (9).

2.2.1.2. Un impact direct sur la santé

Une méta-analyse publiée dans The Lancet en 2012 attribuait à la sédentarité une mortalité plus élevée que celle imputée au tabac (10). En 1992, l'American Heart Association (AHA) a pointé du doigt l'inactivité physique comme représentant un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, et plus particulièrement le quatrième facteur de risque modifiable, rejoignant le tabac, l'hypertension et les dyslipidémies (11).

La sédentarité est donc impliquée au premier plan dans l'augmentation du risque de développer des maladies cardiovasculaires, un diabète de type 2 (12), un surpoids (13) ou encore des cancers comme le cancer du sein ou du colon (14). On lui attribue aussi des répercussions sur la fertilité: ainsi, les femmes obèses ont à la fois plus de risques d'échec de pilule mais aussi d'infertilité. Sur le plan psychologique, l'humeur peut également se trouver altérée par la sédentarité (15).

2.2.1.3. Le prix de la sédentarité

L'International Sport and Culture Association (ISCA) a publié en juin 2015 un document portant sur les coûts de l'inactivité physique. Selon ce rapport, le coût de l'inactivité physique en Europe s'élèverait à 80 milliards d'euros par an. En simulant une baisse de 20 % de l'inactivité physique au sein de cette population, l'ISCA estime que l'Europe pourrait économiser plus de 16 milliards d'euros par an.

En France, les coûts directs liés à la sédentarité sont estimés à plus de 1,6 milliards d'euros, tandis que les conséquences indirects de l'inactivité physique s'élèverait à plus de 8,6 milliards d'euros par an (16). Cependant si la prévalence de la sédentarité en France baissait de 10%, nous pourrions nous attendre à une économie de 947 millions

d'euros par an. Dans le cas où celle-ci diminuerait de 20%, environ 1,8 milliards d'euros pourraient être économisés.

2.2.2. Pratique d'activité physique en France et en Europe

Avec un taux de pratique sportive au moins hebdomadaire de 48 % chez les adolescents et les adultes, la France se situe dans la moyenne européenne (17).

Le Ministère des Sports publie régulièrement un bulletin de statistiques et d'études des chiffres sur les principales activités physiques pratiquées en France. En comptabilisant l'ensemble des personnes pratiquantes, y compris les occasionnelles et celles qui ne pratiquent qu'en vacances, ce sont 89% de la population qui de près ou de loin sont concernés par l'exercice d'une activité physique et sportive (APS) (18).

En 10 ans, la pratique physique et sportive a légèrement progressé : le taux de pratique augmente de 5 points, passant de 83% en 2000 à 88% en 2010.

La pratique d'une APS a lieu le plus souvent en dehors de toute structure et le recours à un encadrement reste minoritaire.

Les activités majoritairement pratiquées sont la marche, la natation et le vélo.

Le football est le sport collectif de ballon le plus pratiqué, avec un taux de pratique de 10%.

81% des pratiquants sont des multi-pratiquants, ce sont principalement des hommes de moins de 30 ans. A l'opposé, les mono-pratiquants sont plus souvent des femmes de plus de 60 ans, pratiquant essentiellement la marche (19).

A l'exception de la gymnastique, la pratique réalisée exclusivement à l'occasion des vacances est répandue, notamment la marche et le vélo. La pratique soutenue, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, se retrouve principalement chez les adeptes de la gymnastique d'entretien, les coureurs et les footballeurs (respectivement 81%, 54% et 44% d'entre eux).

Les principales motivations de la pratique d'une activité physique et sportives sont la convivialité, le contact avec la nature et la santé et l'entretien physique (20).

Les raisons évoquées de la non-pratique sont principalement les problèmes de santé, particulièrement chez les personnes de plus de 60 ans. Un quart des non-pratiquants justifient leur non-pratique par un manque d'intérêt pour le sport. Par ailleurs, les contraintes professionnelles, ainsi que familiales sont les autres raisons avancées, devant le coût financier (21).

A l'échelle européenne, il apparaît dans l'Eurobaromètre spécial 412 consacré au sport et à l'activité physique (2014) que 41% des européens déclarent pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine, 59% n'ayant aucune activité ou moins fréquemment (22).

Globalement, les citoyens de l'Europe du Nord sont plus actifs, avec une proportion de 70% de la population suédoise déclarant pratiquer une activité physique de façon hebdomadaire et 68% au Danemark. Les pays les moins actifs se situent principalement au sud de l'Europe où plus de 70% de la population bulgare et maltaise déclarent ne pratiquer aucune activité physique régulière.

Les adhésions à un club sont comparables à celles en France : $\frac{3}{4}$ des européens disent ne pas cotiser à un club.

Les motivations à la pratique d'activité physique sont les mêmes : améliorer sa santé, se relaxer, la convivialité et la pratique d'activité physique se fait généralement aussi en extérieur.

Les facteurs limitant la pratique d'activité physique identifiés sont similaires : manque de temps (42%), manque de motivation ou d'intérêt (20%), problèmes de santé (13%) ou encore coût (10%).

2.3. Bénéfices de l'activité physique

2.3.1. Risque de mortalité et morbidité cardiovasculaire

L'activité physique est fortement et inversement associée au risque de mortalité cardiovasculaire et au risque de survenue d'événements coronariens majeurs, indépendamment de l'âge. Le risque relatif de maladie coronarienne des sujets les moins actifs par rapport aux sujets les plus actifs est de l'ordre de 1,8 d'après l'US Department of Health and Human services (23).

Les mécanismes physiologiques expliquant les effets bénéfiques de l'activité physique sur le risque cardiovasculaire relèvent à la fois d'actions directes sur le système cardiovasculaire et d'actions indirectes, principalement par la réduction du niveau de nombreux facteurs de risque (24).

L'entraînement diminue le travail cardiaque en réduisant les résistances périphériques, tout en augmentant le volume circulant. La fréquence cardiaque est diminuée au repos et lors d'un exercice sous-maximal.

2.3.2. Diabète de type 2

Le diabète de type 2 résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux représentés par la sédentarité, une obésité abdominale et une alimentation déséquilibrée.

Trois mesures préventives influencent favorablement l'évolution et la progression de la maladie : une perte de poids de 5 à 10 %, la metformine qui réduit l'insulinorésistance et une activité physique de type marche rapide à raison de 150 min par semaine comme le préconisent les recommandations américaines sur l'activité physique (25).

L'activité physique, à condition qu'elle soit régulière et soutenue, intervient en réduisant l'insulinorésistance (effet direct) et en augmentant la masse musculaire permettant un catabolisme glucidique accru (effet indirect) (26), en diminuant la masse grasse, facteur d'insulinorésistance, en contrôlant le poids et en agissant sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire.

D'après Perreault et al. (27), l'activité physique réduit de 58 % à 3 ans l'expression du diabète chez les sujets « limites » et son effet est reconnu, à cet égard, supérieur à celui de la metformine. À 8 ans, la mortalité diminue de 39 % et la mortalité cardiovasculaire de 34 %.

2.3.3. HTA

Un rapport de l'INSERM publié en 2008 sur l'activité physique, contextes et effet sur la santé rappelle qu'un programme structuré d'activité physique réduit la pression artérielle chez les patients hypertendus, en moyenne de 11 mmHg pour la pression artérielle systolique et de 8 mmHg pour la pression diastolique (28). Elle réduit dans les mêmes proportions l'hypertension artérielle d'effort. Elle permet de différer, voire de rendre inutile, le traitement médicamenteux d'une hypertension artérielle de diagnostic récent.

Les mécanismes expliquant cet effet sont incomplètement connus. Cependant, une diminution des résistances artérielles périphériques, une réduction de la dysfonction endothéliale et des anomalies neurohormonales liées à l'hypertension artérielle (29), ainsi qu'une augmentation de la sensibilité à l'insuline (impliquée dans la pathogénie de l'hypertension artérielle) ont été démontrées.

2.3.4. Surpoids et dyslipidémie

D'après l'étude ObEpi 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (30). Le pourcentage de Français sans surpoids est passé de 62% en 1997 à 53% en 2012.

Un bulletin de l'Académie de Médecine publié en 2004 sur le sport et les fonctions métaboliques rappelle que pour lutter contre l'obésité et le surpoids, il est nécessaire de créer une balance énergétique négative avec réduction des apports (régime hypocalorique) et une augmentation des dépenses (exercice), l'exercice physique seul ne pouvant suffire (31).

L'Académie de Médecine souligne que l'exercice est cependant indispensable non seulement pour les dépenses réalisées au cours de l'activité elle-même, mais aussi pour la persistance de cette augmentation dans les heures suivant la pratique. De plus l'activité physique est particulièrement efficace sur la graisse viscérale en particulier abdominale (facteur de risque cardiovasculaire majeur par les perturbations lipidiques hautement athérogènes qu'elle entraîne).

Contrairement au régime hypocalorique seul, l'activité physique associée permet un maintien de la masse maigre et donc de la dépense énergétique de repos, ce qui améliore l'efficacité du régime hypocalorique à long terme (32).

L'activité physique entraîne une diminution des taux sériques des triglycérides et une augmentation du HDL-cholestérol. Une méta-analyse (33) incluant 52 études a montré une réduction moyenne de 3,7 % du taux de triglycérides sériques, de 5 % du LDL-cholestérol et une augmentation moyenne de 4,6 % du HDL-cholestérol.

2.3.5. Sevrage tabagique

L'activité physique régulière apparaît comme un facteur prédictif d'abstinence selon Harper et al. (34). Elle permet de réduire les symptômes de sevrage, à l'origine de la reprise du tabac : l'exercice diminue les affects négatifs (35), l'irritabilité, le stress ainsi que les troubles de la concentration et du sommeil (36). De plus, l'exercice agit positivement sur un élément clef du sevrage à l'origine de nombreuses rechutes, le craving (pulsion irrépressible de fumer) (37).

2.3.6. Autres bénéfices

2.3.6.1. Anxiété et dépression

La pratique régulière d'activité physique offre un effet très positif sur le bien-être immédiat, sur l'anxiété et la dépression : une meilleure qualité de vie et un meilleur sommeil. Des effets favorables sur l'intégration et la réinsertion, l'épanouissement de l'individu au sein de sa famille, de son groupe et de la société ont aussi été observés par Bréchat et al (38).

2.3.6.2. Cancers

Les effets favorables sont aussi notés lors de toutes les étapes de la maladie cancéreuse, qu'il s'agisse de la prévention, du traitement, du suivi de certains cancers et des récidives (39).

2.4. Recommandations et plans

2.4.1. Recommandations OMS

L'OMS a émis en 2010 des recommandations mondiales portant sur le lien entre la fréquence, la durée, l'intensité, le type et la quantité totale d'activité physique nécessaire à la lutte contre la sédentarité.

2.4.1.1. Classe d'âge 18-64 ans

Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue.

L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en tirer des bénéfices supplémentaires, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine (40).

2.4.1.2. Classe d'âge 65 ans et plus

Les recommandations de la classe d'âge 18-64 ans s'appliquent et à celles-ci s'ajoutent pour les personnes âgées dont la mobilité est réduite la nécessité de pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine et lorsqu'elles ne peuvent pratiquer la quantité recommandée

d'activité physique en raison de leur état de santé, la nécessité d'être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent (40).

2.4.2. Recommandations de la HAS concernant la prescription non médicamenteuse

Dans son rapport de 2011 sur le développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées, la HAS confirmait l'importance de l'activité physique comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques tels que les risques cardiovasculaires et l'insomnie (41).

2.4.3. Programme National Nutrition Santé

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006 dans le but d'améliorer l'état nutritionnel de la population et de lutter contre l'insuffisance d'activité physique (42).

Un des axes du PNNS est de développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité. La finalité est de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardiovasculaires et métaboliques fixés par le Haut conseil de santé publique.

Deux niveaux d'activités physiques et sportives (APS) sont visés :

- l'activité physique au quotidien pour tous, durant les temps de trajets, de loisirs et de travail, complétée par une activité physique encadrée régulière ;
- l'activité physique adaptée pour les personnes particulièrement vulnérables, qu'il s'agisse de populations défavorisées, en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, ou de personnes âgées.

Afin de promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, le PNNS prévoit l'élaboration d'un guide d'aide à la mise en place d'APA dans les clubs, après évaluation des expérimentations en cours. Le PNNS prévoit par ailleurs d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques destiné aux clubs sportifs qui souhaitent mettre en place une offre d'APS pour les personnes atteintes de

maladies chroniques. L'apport d'une aide financière aux fédérations sportives est inscrit dans le programme afin d'inciter à développer l'offre pour cette population (43).

2.4.4. Sport Santé Bien-être

Le Plan National Sport Santé Bien-être relatif à la promotion et au développement de la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique a été présenté en 2012 : il s'appuie sur 15 mesures déclinées en 47 actions organisées en direction du grand public et d'un public à besoins spécifiques (42).

Le plan se découpe en trois axes principaux :

- favoriser la pratique des activités physiques et sportives, principalement de loisir, pour le plus grand nombre.
- développer la pratique d'APS des personnes qui sont prises en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux.
- développer la pratique d'APS pour les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles telles que les maladies métaboliques, cardiovasculaires, broncho-pulmonaires obstructives etc.

2.5. Projet de loi relatif à la modernisation du système de santé

Voté en première lecture par l'Assemblée en juin, rejeté par le Sénat en octobre, l'amendement sport sur ordonnance, dit amendement Fourneyron, a été adopté à l'unanimité par les députés en novembre 2015, dans le cadre de la discussion du projet de loi sur la modernisation du système de santé.

L'Article L1172-1 figurant au Code de la Santé publique stipule que « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. » (44).

2.6. Promotion de l'activité physique et sportive

2.6.1. La prescription d'activité physique

2.6.1.1. *Etablissement d'un programme individuel d'activité physique*

Il convient de déterminer pour chaque sujet le niveau d'activité maximal au dessous duquel il sera assuré de « travailler » en aérobie, à l'abri d'incidents majeurs. Ce niveau, important à préciser pour adapter un programme personnalisé sera traduit en MET (Metabolic Equivalent of Task).

La correspondance entre volume d'activité, type d'activité, durée des activités en minutes, MET et Kcal (kilocalories) sera fixée à partir des échelles établies et permettra de préparer un protocole adapté à chaque sujet. En procédant ainsi, les paramètres personnels peuvent être pris en compte : capacités, tolérance, entraînement pour un programme à activités d'intensités différentes, faibles, modérées, sévères (45).

2.6.1.2. *La prescription d'activité physique*

La prescription d'APS et d'APA, doit être associée à un examen médical et d'une consultation spécialisée si nécessaire.

La prescription en elle-même devra figurer sur une ordonnance rédigée selon les règles de toute prescription médicamenteuse et être expliquée au patient comme habituellement. En matière d'APS, devront figurer le détail des activités physiques à poursuivre : la nature et le contexte de la pratique, l'intensité, la durée des séances et la fréquence des séances, les mesures associées, le suivi et les contrôles médicaux à observer.

Un guide des activités physiques a été proposé par la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français en décembre 2015 pour faciliter cette prescription (46).

2.6.2. Perception et concepts psychologiques

2.6.2.1. Les niveaux de comportement

Les différents niveaux de comportement et les bénéfices correspondants peuvent être classés en cinq stades : (47)

- Stade 1 : Activités physiques inexistantes ou trop limitées, écartant tout bénéfice pour la santé et pouvant évoluer vers la sédentarité et ses complications.
- Stade 2 : Activités physiques limitées exercées au décours d'une vie quotidienne active, suffisantes pour protéger l'individu de la sédentarité et de ses conséquences les plus lourdes. Le sujet bénéficie d'un meilleur bien-être, en particulier s'il observe un régime alimentaire correct.
- Stade 3 : Activités physiques et sportives associées à une « bonne » hygiène de vie, adaptées aux recommandations en vue d'assurer un bénéfice certain pour la santé. Le stade 3 répond au concept retenu « activités physiques et sportives de base » : il implique cinq demi-heures par semaine de pratique.
- Stade 4 : Activités physiques et sportives régulières de type amateur offrant des bénéfices certains, mais imposant un contrôle régulier de la santé.
- Stade 5 : Sportif de haut niveau, voire professionnel : le bien-être impose une surveillance rigoureuse et un mode de vie attentif à tous les niveaux.

2.6.2.2. Stratégie de promotion de l'activité physique

2.6.2.2.1. Les motivations individuelles

Les interventions de promotion de l'activité physique s'axent sur les motivations individuelles et sur l'environnement.

Concernant les motivations individuelles, il s'agit de faire adopter de nouveaux comportements contribuant à l'amélioration de la santé. Le modèle transthéorique de changement des comportements est un modèle fréquemment utilisé dans la promotion de l'activité physique. Il vise à identifier le stade de pratique de l'activité physique des

personnes pour les aider éventuellement à progresser vers une étape de plus grande pratique (48). Il identifie différentes étapes dans le passage à l'activité physique :

- la précontemplation : la personne n'a pas l'intention de faire de l'exercice pendant les six mois à venir
- la contemplation : la personne voudrait faire de l'exercice régulièrement dans les six mois à venir ;
- la préparation : la personne considère sérieusement le fait de faire de l'exercice dans le mois à venir ou a commencé sans que l'exercice soit réellement conséquent ;
- l'action : la personne fait régulièrement de l'exercice caractérisé par des changements ouvertement mesurables dans les six mois passés ;
- le maintien : la personne fait régulièrement de l'exercice depuis plus de six mois.

Le processus de changement est constitué de changements de comportements et de changements d'expérience (prise de conscience, soulagement émotionnel, réévaluation personnelle et environnementale, ouverture sociale) (49).

2.6.2.2.2. L'environnement

Un autre pan des interventions de promotion de l'activité physique est lié à l'environnement qui doit faciliter les activités physiques et sportives à travers des aménagements incitatifs (28).

En milieu urbain, les facteurs associés à l'activité physique de tous les jours, liés aux déplacements à pied ou à vélo comme mode de transport, concernent d'abord la qualité de l'environnement perçue par les habitants : existence de trottoirs aménagés et de pistes cyclables protégées... (50) La dimension esthétique et l'impression de « nature » comptent parmi les facteurs facilitateurs (51).

D'après Parks et al. (52), les recommandations publiques en matière de santé par l'exercice sont d'autant mieux appliquées que les personnes disposent non loin de chez eux des aménagements incitatifs.

2.7. Programmes à l'étranger et programmes pilotes nationaux

2.7.1. A l'étranger

De nombreuses initiatives ont vu le jour un peu partout dans le monde, notamment en Nouvelle-Zélande, au Canada ou encore en Suisse où des projets innovants font désormais figure de modèles.

Dans le cadre du programme de « Green Prescription » lancé en 1998 par le Ministère de la Santé néo-zélandais, les médecins sont en mesure de délivrer des prescriptions d'activité physique à leurs patients sédentaires pour les encourager à reprendre une activité physique. Cette initiative a suscité un fort engouement auprès des généralistes ; le gouvernement dénombre 80% des généralistes ayant rédigé des conseils oraux pour aider leurs patients dans leur parcours de reprise d'activité (53).

Au Canada, l'initiative « Exercise is Medicine » a été lancée en partenariat avec l'American College of Sports Medicine pour promouvoir auprès des professionnels de santé le recours à l'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies chroniques (54). Elle permet d'établir des liens entre des professionnels de la santé et des professionnels de l'exercice hautement qualifiés afin d'aider les patients à atteindre leurs objectifs d'activité physique et de santé.

Depuis septembre 2015, les médecins généralistes au Québec ont reçu de nouvelles ordonnances à remettre aux patients : ils peuvent prescrire des « cubes d'énergie », chaque cube correspond à 15 minutes de dépense physique (55). Cette initiative à grande échelle défend l'idée que l'exercice peut prévenir et traiter de nombreuses maladies.

En Suisse, un rapport de l'office fédéral du sport a montré que 80% de la population helvétique accordait leur confiance à leur généraliste pour les questions d'exercice. De ce constat a émergé le projet PAPRICA qui a pour but la promotion de l'activité physique au cabinet médical (56). Il a pour but d'apporter les connaissances aux praticiens par le biais de formation continue. Il met aussi à disposition des outils d'aides à l'entretien motivationnel afin d'améliorer l'impact de celui-ci sur le patient.

2.7.2. Strasbourg, ville pionnière

La Ville de Strasbourg a déployé depuis novembre 2012 un programme de « Sport santé sur ordonnance ». Son expérimentation a pour objectif de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques. Plus de 170 médecins généralistes ont signé la Charte d'engagement "sport-santé sur ordonnance" (57). Ils peuvent ainsi prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière dans le cadre de ce dispositif.

Concrètement, le patient, muni de son ordonnance prend contact avec une équipe d'éducateurs sportifs de la Ville. Ces agents ont pour mission d'orienter les patients vers l'activité physique qui leur convient le mieux, en fonction des recommandations du médecin, d'une évaluation de la sédentarité et des habitudes en matière de pratique d'activité physique.

D'une part, les patients sont suivis régulièrement par les éducateurs sportifs, afin de suivre leur motivation et leur satisfaction par rapport à l'activité physique proposée et les réorienter si besoin. Des rendez-vous réguliers sont prévus après un, six et douze mois d'activité physique.

D'autre part, un médecin coordinateur, mis à disposition par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, a en charge la coordination médicale et le suivi médical de l'action. Il a également la responsabilité de la formation/sensibilisation des médecins en matière de sport/santé et le suivi de l'évaluation, pour son versant médical.

Les personnes concernées par le dispositif sont des personnes adultes sédentaires vivant sur le territoire strasbourgeois, atteintes d'une des maladies chroniques suivantes : obésité, diabète type 2 non insulino-dépendant, maladies cardiovasculaires stabilisées (infarctus, accident vasculaire cérébral...), cancers du sein et du colon en rémission depuis 6 mois.

La ville de Blagnac s'est aussi lancée dans le dispositif « sport sur ordonnance ». Une convention de partenariat a été établie entre les médecins prescripteurs et la commune. Le principe est un dérivé de l'expérience menée à Strasbourg : le médecin traitant

délivre au patient entrant dans le dispositif un certificat médical de non contre-indication à une activité physique régulière adaptée et encadrée dès lors qu'il juge que son patient peut en tirer un bénéfice (58). Le patient, muni alors de sa prescription, bénéficie d'une évaluation initiale, réalisée par un éducateur sportif, portant sur sa condition physique et sur son niveau de motivation avant de se voir proposer deux séances d'activité physique hebdomadaires de 45 minutes chacune, encadrées. Le dispositif prévoit, ensuite un suivi qui se traduit par une évaluation trimestrielle mettant en lien le médecin prescripteur et l'éducateur sportif.

La natation, l'aquagym, la gymnastique d'entretien, le vélo, le badminton, sont parmi les activités qui sont proposées en fonction des préférences du patient, dans la mesure de sa condition physique et dans le respect de la prescription médicale.

Les conditions matérielles et d'encadrement sont prises en charge par la commune de Blagnac.

A Biarritz, un programme de « Sport sur ordonnance » a aussi été expérimenté pendant 6 mois par quelques dizaines de médecins généralistes. A la différence de Strasbourg ou Blagnac, le programme se concentre sur la prévention primaire, en ciblant des personnes en bonne santé, mais sédentaires.

Le médecin remet au patient un podomètre et un « *Pass'Sport santé* ». Une semaine plus tard, il revoit le patient au cours d'un entretien d'évaluation, et l'oriente vers une activité physique, libre, ou vers l'association Biarritz Sport Santé qui propose un entretien d'une heure trente avec un éducateur médico-sportif et un bilan avec un diététicien. Un programme sportif adapté, d'une durée de 12 semaines, est établi, et la personne peut s'inscrire dans l'une des 7 associations sportives partenaires (59).

De nombreuses villes tentent à leur tour l'expérience et Nice ne fait pas exception avec notamment As du cœur, un programme sport santé initié par l'ancien champion Stéphane Diagana et son épouse Odile Diagana, conçu en association avec une équipe de chercheurs et de professionnels de l'activité physique et de la santé. Ce programme a été testé avec succès en 2014/2015 dans le cadre d'un projet pilote et d'une étude scientifique auprès de 70 personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires. Les

programmes proposés se composent de 2 séances d'activités physiques et sportives adaptées encadrées et d'une séance autonome par semaine, destinés à des personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou sédentaires à risque, souhaitant reprendre une activité physique régulière et durable. Ils sont encadrés par des coaches formés spécifiquement et comportent un bilan de condition physique et de motivation, un soutien à la motivation et un suivi adapté et personnalisé.

D'autres projets innovants ont été initiés localement comme celui issu d'une collaboration entre le CHU, le CIU Santé et la ville de Nice destiné aux personnes âgées présentant des fragilités.

Il a été annoncé publiquement lors des premières assises européennes du sport santé sur ordonnance en octobre 2015 la mise en place prochaine de nouveaux programmes d'activité physique adaptée dans la région. Ce travail de thèse a été réalisé dans les suites de cette annonce avec pour objectif d'analyser les réactions des futurs acteurs du projet sur cette initiative et plus généralement sur leurs représentations en matière d'activité physique.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Objectif

Ce travail de thèse est issu d'une réflexion sur les bénéfices de l'activité physique sur la santé. Nous pouvons observer actuellement une réelle prise de conscience de cet enjeu de santé publique aussi bien à l'échelle individuelle que globale. Les pouvoirs publics ont manifesté leur engagement, le vote à l'assemblée nationale du texte de loi sur la prescription d'activité physique adapté en est un exemple fort.

Le médecin généraliste, en tant que premier recours mais aussi coordonnateur des soins, est un acteur majeur de ce processus. Ce rôle vise à être renforcé par ce projet de loi et de nouvelles responsabilités vont lui être attribuées. Devant cette mise en avant du rôle du médecin généraliste, il nous paraissait fondamental de faire entendre la voix des principaux intéressés, les médecins généralistes qui agissent localement.

L'objectif principal de cette étude est donc d'étudier les représentations des médecins généralistes concernant la prescription d'activité physique adaptée aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire.

Les objectifs secondaires sont de décrire les connaissances des médecins généralistes et leurs pratiques et d'analyser les déterminants de la prescription d'activité physique : freins, limites, facteurs favorisant.

3.2. Type d'étude

Au vu des objectifs, notre travail de thèse s'est naturellement orienté vers une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Ce modèle offre la possibilité de comprendre et d'interpréter des phénomènes et événements dans leur milieu naturel mais aussi d'identifier des besoins et des solutions adéquates aux problèmes identifiés. Il nous semblait important d'aller à la rencontre des médecins généralistes dans leur environnement et de pouvoir explorer sur le terrain ce qui se passe mais aussi pourquoi. L'étude qualitative permet de fournir un éventail d'idées, d'expériences et de réactions

personnelles pour mieux approfondir les représentations des médecins, facteurs difficiles à mesurer objectivement.

3.3. Guide d'entretien

Après définition de la question de recherche avec ma directrice de thèse et soumission du sujet en cellule thèse, un guide d'entretien a été élaboré. Nous avons établi une trame de questions ouvertes, neutres et simples à comprendre qui nous semblaient pertinentes. Un court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon choisi y a été associé. Il comportait l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice, le lieu d'exercice, le type d'activité (urbaine, semi-rurale, rurale), la formation complémentaire (DU de médecine du sport). Nous avons rajouté au questionnaire une question relative à la pratique personnelle d'activité physique car il nous semblait important pour l'analyse ultérieure de déterminer si le médecin était lui-même sportif.

Une première phase test avec trois entretiens a été menée afin d'évaluer la faisabilité et le déroulement des entretiens et d'adapter le guide. Les verbatim ont été transcrits et une première analyse a été effectuée à l'aide de ma directrice de thèse. A la suite de ce premier recueil de données, nous avons remanié notre guide d'entretien pour le rendre plus clair et explorer des thématiques que nous n'avions pas envisagées initialement mais qui avaient été soulevées par les personnes interrogées.

Le guide d'entretien a ensuite été soumis à lecture de psychologues du LAMHESS (Laboratoire Motricité Humaine, Education, Sport, Santé) et a été ensuite de nouveau retravaillé grâce aux précieux conseils de chercheurs expérimentés.

Le guide a ensuite été proposé en cellule qualitative et par la suite s'est vu complété au regard des nouvelles idées émises au cours des entretiens. Chaque modification a été discutée et validée par ma directrice de thèse.

Les principaux thèmes retenus dans le guide d'entretien sont :

- La représentation de la sédentarité chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire

- Les connaissances concernant l'activité physique, les recommandations et leur utilité dans la pratique quotidienne
- La prescription d'activités physiques en pratique chez les patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaire, les conseils prodigués et leur application
- Les interlocuteurs sollicités en matière d'activité physique adaptée aux patients cardiovasculaires
- La formation et les attentes des médecins généralistes en matière d'activité physique

3.4. Population et méthode de recrutement

L'échantillon inclus correspond à un panel représentatif et varié de médecins généralistes installés en cabinet de médecine générale libérale, dans les zones urbaines et rurales des Alpes-Maritimes. Le but était d'explorer la plus grande diversité possible pour être au plus près de la réalité.

Nous avons tenu à recueillir un large panel d'opinions et nous accordions une importance à faire entendre la voix des médecins généralistes qui exercent en dehors des zones urbaines et notamment les médecins de l'arrière-pays.

Un tirage au sort a été réalisé avec ma directrice de thèse d'après une liste exhaustive des médecins généralistes du département, répertoriés sur le site internet pagesjaunes.fr. Les médecins sélectionnés ont ensuite été sollicités par téléphone pour obtenir un entretien selon leur convenance. Lorsque la réponse était négative, le médecin suivant sur la liste était contacté, et ce, jusqu'à ce que nous obtenions une entrevue.

3.5. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés au cabinet médical après premier contact téléphonique.

En prérequis, leur consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données était recueilli. Les données recueillies étaient enregistrées à l'aide d'un dictaphone.

L'entretien se déroulait de façon la plus neutre possible sous forme de conversation sans prise de notes. La discussion était guidée avec le plus de souplesse possible. A l'issue de l'entretien, le questionnaire pour recueillir les caractéristiques sociales était rempli et un retour des résultats était proposé sous forme de mail.

La trame du guide d'entretien a été amenée à évoluer au fur et à mesure des nouvelles données qui survenaient.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles idées qui émergent après trois entretiens.

3.6. Transcription et analyse des données

Afin d'assurer la validité et la richesse des résultats, les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité. Le logiciel Word a été utilisé pour retranscrire les données mot à mot.

La communication non verbale figure aussi dans la retranscription, de manière à respecter la globalité de l'expression.

Les entretiens étaient numérotés sans référence au médecin correspondant afin de respecter l'anonymat.

L'analyse qualitative des données a été la plus appliquée et systématique possible. Pour confirmer sa validité et sa reproductibilité, une deuxième analyse indépendante a été réalisée par deux personnes extérieures. L'analyse a été menée en parallèle du recueil de données et a permis de déterminer le moment de la fin du recueil des données, soit la saturation des données.

L'analyse a tout d'abord consisté en un codage axial des verbatim, à l'aide du logiciel Excel. Chaque partie du verbatim était classée dans une catégorie figurant une idée. Chaque idée était rapprochée à un thème ou à un sous-thème. Cette arborescence de concepts illustrés par des citations a été évolutive et enrichie tout au long du recueil des données. Chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive pour estimer approximativement sa fréquence parmi les personnes interrogées.

4. RESULTATS

4.1. Résultats quantitatifs

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2015 et janvier 2016 avec la participation de 26 médecins du département des Alpes-Maritimes. Douze femmes et quatorze hommes de 30 à 63 ans ont été interrogés.

Leurs lieux d'exercice sont variés : 14 ont un exercice urbain sur la bande côtière s'étendant entre Cagnes-sur-mer et Menton, 9 sont installés dans différents quartiers de Nice. Les autres médecins interrogés ont un exercice semi-rural comme dans la vallée du Paillon ou à Gattières ou un exercice rural comme dans la vallée de la Tinée ou la vallée du Haut-Var.

Ils sont installés seuls ou en cabinet de groupe de façon équitable. Leur année d'installation va de tout juste un an à plus d'une trentaine d'années.

Deux d'entre eux ont passé le Diplôme Inter Universitaire de Pathologie locomotrice liée à la pratique du sport. Un des médecins est homéopathe, un autre a suivi la formation du Diplôme Universitaire de Diététique et de nutrition humaine. Dix d'entre eux sont maîtres de stage.

La majorité des médecins interrogés se disent actifs. Leur niveau d'activité est variable : certains sont inscrits dans un club sportif et ont une pratique sportive hebdomadaire. Sept d'entre eux sont multi-pratiquants. Neuf déclarent ne pratiquer aucune activité.

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le Tableau 1.

Les entretiens ont duré en moyenne 24 minutes. L'entretien le plus court a duré 12 minutes et le plus long 38 minutes.

Tableau 1: Caractéristiques des participants.

Entretien	Age	Sexe	Année d'installation	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Particularité d'exercice	Pratique d'activité physique
1	36	F	2011	Nice Cimiez	Seule		Non
2	50	F	2000	Villefranche	Associée	Maître de stage	Oui, beaucoup
3	56	F	1998	Nice nord	Seule		Oui, peu
4	43	F	2001	Nice est	Associée	Maître de stage	Oui, peu
5	44	H	2000	Nice est	Associé	Maître de stage	Oui, beaucoup
6	53	H	1985	Nice ouest	Seul	DIU traumatologie du sport	Oui
7	56	H	1991	Nice centre	Associé		Oui
8	63	H	1981	Menton	Seul		Oui
9	58	H	1985	Nice Pasteur	Associé	Maître de stage	Oui, peu
10	40	F	2012	Nice Cimiez	Seule	Homéopathie	Oui
11	62	F	1978	Vallée de la Tinée	Seule		Non
12	48	F	2003	Contes	Associée		Oui
13	36	F	2010	La Trinité	Associée	Maître de stage	Non
14	37	H	2008	La Trinité	Associé	Maître de stage	Oui, beaucoup
15	32	H	2014	Gattières	Seul		Non
16	58	H	1986	Haut-Var	Seul		Oui, peu
17	58	H	1986	Haut-Var	Seul		Non
18	48	H	1987	Villars sur Var	Seul		Oui, peu
19	56	H	1993	St André de la Roche	Associé		Oui, peu
20	55	H	1986	Nice ouest	Associé	Maître de stage	Non
21	42	H	2009	Cagnes-sur- mer	Associé		Oui, beaucoup
22	58	F	1986	Sofia	Seule	Maître de stage	Non
23	56	F	1988	Beaulieu	Seule	DU nutrition	Oui
24	50	F	1989	Gilette	Seule		Oui
25	30	F	2014	Menton	Associée		Non
26	34	H	2011	Vence	Associé	DIU traumatologie du sport	Oui

4.2. Résultats qualitatifs

4.2.1. Pratiques actuelles

4.2.1.1. Place de la sédentarité

Les médecins ont été interrogés sur l'impact de la sédentarité. A cette question, les réponses sont variées mais une grande majorité y accorde une grande importance.

- Quelques médecins reconnaissent qu'ils sont peu vigilants à la sédentarité :

E13 : « C'est simple, la sédentarité, je n'y pense jamais. »

E16 : « La sédentarité, elle passera après. »

- Mais la plupart des médecins perçoivent la sédentarité comme un facteur de risque cardiovasculaire majeur, tout aussi important que les autres facteurs de risque cardiovasculaire :

E6 : « C'est capital. Pour moi, c'est un facteur tout aussi important que le tabac, le surpoids ou le cholestérol ou le diabète. »

E9 : « Je pense que ça doit même être au-dessus des troubles métaboliques mais on n'y prend pas cas. »

- Certains y voient même une boucle infernale :

E5 : « Les gens sont très sédentaires, en particulier les gens qui ont des pathologies cardiovasculaires ou des facteurs de risque. Plus ils ont des facteurs de risque, plus ils sont sédentaires. Il doit y avoir un lien, dans les deux sens d'ailleurs ! »

E9 : « L'activité physique, quand elle est absente, ça doit être à peu près équivalent au tabagisme ou à l'hypercholestérolémie. L'un entraînant l'autre, ça fait un cercle vicieux. »

4.2.1.2. L'activité physique fait partie du suivi

L'activité physique est fréquemment abordée lors de la consultation, principalement lors du suivi. De nombreuses situations donnent l'occasion d'en parler, et ce d'autant plus qu'il s'agit de prévention secondaire. Les médecins se basent sur l'interrogatoire et un examen clinique sommaire pour évaluer les pratiques de leurs patients.

- Le sujet est principalement abordé lorsqu'un changement est constaté :

- Que ce soit la prise de poids :

E16 : « S'il y a un petit excès pondéral ou s'il y a une prise de poids, je les sensibilise et je leur demande « Est-ce que vous bougez ? Est-ce que vous faites du sport ? » C'est à ce moment-là que les conseils vont être donnés. »

E24 : « Quand je les fais monter sur la balance... ça, c'est sûr que ça loupe pas ! »

- Ou à des périodes charnières :

E5 : « Je l'aborde particulièrement chez le sujet jeune entre 30 et 40 ans, quand il est déjà vraiment en surpoids. »

E6 : « Dès qu'ils commencent à avoir un certain âge, d'autant plus s'ils commencent à avoir des problèmes. »

- Beaucoup l'abordent lorsque le patient présente des facteurs de risque ou une pathologie cardiovasculaire sous-jacente :

E16 : « Moi, j'y pense surtout par exemple chez les personnes qui ont déjà eu des antécédents cardiovasculaires, des gens qui ont eu un infarctus et qui vont avoir tendance à ne rien faire parce qu'ils ont peur d'avoir des problèmes. »

E21 : « Quand ils ont des facteurs de risque, quand on leur découvre un diabète, une hypertension... Je leur explique qu'il va falloir se mettre au sport. »

- Un certain nombre profite des résultats d'analyses biologiques pour parler d'activité physique :

E11 : « Quand j'ai regardé les analyses de sang, c'est ça qui m'indique qu'il faut faire plus. »

E25 : « Quand on refait le point sur les analyses de sang. »

- Plus généralement, certains l'abordent de façon régulière lors du suivi de leurs patients :

E7 : « ça se passe sur pas mal de séances en fait, en même temps qu'on fait le renouvellement. »

E14 : « Lors des consultations de suivi, je les vois de toute façon mes patients, mes hypertendus, mes diabétiques, mes dyslipidémiques, je les vois tous les 3 mois à peu près, sauf trucs intercurrents. Mais c'est abordé 3-4 fois par an, chaque fois qu'il y a le renouvellement d'ordonnance, prise de tension, prise de poids... »

- Mais un certain nombre reconnaît ne pas y penser :

E22 : « En général, c'est quand même pas très très fréquent que je m'en préoccupe. Sauf s'il y a un besoin lié à une pathologie avérée. »

E25 : « Quand ça me prend et quand j'y pense. »

- Ou encore, que l'activité du cabinet influe sur le temps consacré :

E1 : « Pour évaluer le patient, ça demande du temps. »

E15 : « Mais après, l'activité du cabinet joue beaucoup sur la qualité. »

E25 : « ça dépend du temps que j'ai. »

- L'évaluation du patient se fait lors de la consultation :

- Principalement par l'interrogatoire :

E7 : « Je me base sur l'interrogatoire. »

E15 : « L'évaluation, je la fais par le biais de l'interrogatoire. »

- Un examen clinique sommaire est aussi réalisé par certains médecins :

E 15 : « Peser le patient et prendre de temps en temps le périmètre abdominal. Voilà ! Poids-taille ! »

E24 : « Je les pèse chaque fois qu'ils viennent tous les 3 mois. »

E26 : « Je ne crois pas quantifier de manière exacte le nombre d'heures, de calories, l'intensité... Je ne vais pas jusque-là. »

- Mais un grand nombre de médecins souligne que c'est surtout la connaissance de leur patient qui permet de les évaluer :

E20 : « Il y a le contact, le sentiment que j'ai de ce que peut faire le patient. »

E24 : « Je sais parce que je connais les gens. Je me rends bien compte ceux qui bougent, ceux qui bougent pas, ceux qui font attention. »

4.2.1.3. La prescription de conseils oraux

Tous sont unanimes lorsqu'ils sont questionnés sur la prescription d'activités physiques : leur mode de prescription est la préconisation de conseils oraux.

- La prescription se fait donc actuellement par des conseils oraux :

E19 : « J'en prescris beaucoup. C'est sous forme de conseils oraux. Jamais sur ordonnance. »

E23 : « Je prescris...non...je préconise... »

E25 : « Si on me dit, « Est-ce que vous en prescrivez ? ». Bah, je peux dire oui. J'en prescris parce que ça fait partie de notre consultation. »

- La terminologie de prescription est discutable mais certains la justifient en rappelant que la rédaction d'une ordonnance n'est qu'une partie de la consultation et que ce qui est dit à l'oral a autant de valeur que la prescription écrite :

E5 : « Je leur parle, c'est oral, avec des conseils pratiques. Pas d'ordonnance = c'est pas une consultation, on a juste parlé. NON, c'est tout le contraire. »

E8 : « J'aime pas les brochures. Rien ne vaut le dialogue. »

- Un des médecins interrogés évoque les difficultés auxquelles ils sont confrontés en matière d'observance :

E24 : « C'est sous forme orale. Les papiers, ils les prennent... déjà les ordonnances, ils les perdent... Alors les ordonnances pour la gym... Ils n'en ont rien à faire. »

- Très rarement, la prescription d'activités physiques aboutit à la rédaction d'une ordonnance. Deux médecins rapportent leur expérience personnelle :

E3 : « ça m'est arrivé une ou deux fois chez des gens récalcitrants de l'écrire sur une ordonnance. Parce qu'on nous l'avait dit dans une soirée FMC je crois : « Avant de mettre le médicament, écrivez ça en premier. » »

E6 : « On remet un dossier au patient par le biais de cette association (d'APA) et moi je remplis un formulaire pour dire s'ils sont aptes à faire telle ou telle activité, avec quelle intensité, quelles précautions... Du coup, finalement, c'est une forme de prescription. »

La marche reste incontestablement l'activité physique la plus recommandée par les médecins généralistes interrogés. S'inscrivent aussi dans ce que les médecins généralistes considèrent comme le « conseil standard », la natation et le vélo.

- Les médecins recommandent de façon unanime la marche, qu'ils considèrent comme le conseil minimum.

E5 : « Je leur conseille de marcher au moins 2 fois 30 minutes par jour, tous les jours, quoi qu'il arrive, voire plus. La première des activités, c'est la marche, y'a pas à tortiller ! »

E10 : « Je leur conseille au moins 30 minutes de marche par jour. Ça, c'est, on va dire, le minimum du minimum et je pense que c'est recommandé par tous. »

- Certains médecins conseillent ensuite la natation et le vélo :

E8 : « Je leur conseille de bouger, au moins 3 fois par semaine ou qu'ils nagent quand ils ont de l'arthrose. »

E20 : « Je conseille de faire du vélo pour tous mes patients. »

E25 : « Quand on est à la période de l'été, c'est d'aller nager. »

Un grand nombre de médecins ont manifesté leur souci de donner des conseils de bon sens, applicables au quotidien.

E2 : « Je suis beaucoup pour leur proposer le sport qui est dans la vie. Prendre les escaliers, c'est du step gratuit, plutôt que de se payer une salle de sport. »

E25 : « On prend plus le bus pour faire un petit trajet, on y va à pied. C'est des détails bêtes mais on leur dit quoi. Le coup des escaliers, ça, je leur dis. »

Beaucoup de médecins interrogés insistent sur le fait que le conseil est personnalisé, adapté au patient. Ils tiennent compte de la personne en face d'eux autant sur leurs capacités que leurs goûts.

- Un grand nombre explique adapter leurs conseils aux pathologies associées :

E5 : « Je leur conseille souvent d'aller nager quand ils me disent qu'ils ne peuvent pas faire beaucoup de sport parce qu'ils ont mal par-ci, mal par-là. Je leur dis « écoutez, là, la natation, à part si vous ne savez pas nager, y'a vraiment pas de raison ! » ».

E14 : « En fonction des troubles musculo-squelettiques, j'insiste beaucoup sur la piscine. »

- Certains accordent une importance aux goûts de leur patient, pour que l'activité physique soit un plaisir :

E4 : « J'essaie de m'adapter aux désirs de mes patients, parce qu'il y a des patients qui n'aiment pas nager, marcher ou courir. »

E7 : « Si on dit « Faut faire du sport, faites de la natation » à quelqu'un qui déteste nager, ça marchera jamais. Il faut faire en sorte de s'adapter et donc de connaître le quotidien des patients. »

E25 : « Contrairement à un médicament où pour telle maladie, on va mettre ça ou ça, le sport, il faut vraiment s'adapter à la personne qu'on a en face de nous. »

E26 : « J'essaie de privilégier le plaisir. Il faut qu'il y ait du plaisir, sinon ils ne le feront pas. »

- Enfin, un petit nombre de médecins ont soulevé la question des contraintes familiales et professionnelles et la nécessité d'y adapter le conseil :

E4 : « Il faut s'adapter au niveau de leur possibilité d'organisation familiale. Par exemple, lorsque les gens doivent gérer des enfants. »

E8 : « Il n'y a pas deux personnes qui ont les mêmes emplois du temps. C'est très compliqué. »

- Beaucoup insistent sur le fait que le conseil doit être adapté, dans le sens où il doit être atteignable :

E5 : « Je leur dis que ce n'est pas la peine de vous mettre un truc que vous n'arriverez pas à faire et qui va vous lasser complètement, vous dégoûter, vous décourager. »

E14 : « Ceux qui sont en bon état physique, je leur recommande à peu près 2h par semaine. En disant que c'est bien de se fixer 2h et d'arriver à les faire que de fixer 3h et de se démotiver parce qu'on n'arrive pas à faire la 3^e heure. »

E26 : « Adapté à ce qu'il est capable de faire et ce qu'il va faire. Parce que tous les gens qui ont mal au dos, on leur prescrit de la piscine mais je sais pas si y'en a vraiment qui font de la piscine. »

Beaucoup de médecins insistent sur le fait que le conseil nécessite d'être répété, reformulé pour espérer voir le patient adhérer :

E2 : « Je leur dis et leur redis jusqu'au jour où ils me disent « Bon, docteur, arrêtez, ça ne sert à rien ! » »

E7 : « En proposant régulièrement, le jour où la personne est prête, elle va saisir la perche. On aborde le sujet sur différents modes, en plaisantant, en rabâchant, en faisant le chiant ou au contraire, en le casant entre deux. »

De façon quasi-unanime, ils expliquent qu'il est fondamental de réussir à faire adhérer le patient au conseil :

- La compréhension du message est pour beaucoup une des clés de l'adhésion du patient :

E5 : « On ne peut pas forcer les gens. Si on veut que ça marche, il faut qu'ils adhèrent. Si on leur dit de faire un truc et qu'on ne fait que leur dire, c'est

comme prendre un traitement et qu'on ne leur explique pas l'intérêt du traitement, à quoi il va servir, ce qu'on attend comme résultats et dans quoi on se place avec ce traitement comme objectif, ils n'adhéreront pas pour la plupart. »

E17 : « Il faut que ça fasse tilt dans leur tête et qu'ils comprennent la nécessité. »

- Quelques-uns rappellent leur rôle de motivateurs :

E14 : « Je suis dans la motivation des patients. J'essaie de leur donner envie d'en faire et d'insister sur les points positifs de l'activité sportive plus que sous la contrainte. »

- Certains reconnaissent parfois avoir recours à la menace pour obtenir l'adhésion du patient :

E25 : « Y'a des fois où je leur dis « c'est bien beau de faire des excès maintenant. Il va arriver un moment où l'excès, il sera de trop ». Et je leur explique les risques. »

- Malgré tous leurs efforts, un certain nombre reconnaît que le message n'est parfois pas reçu :

E5 : « C'est très difficile pour les gens d'en prendre conscience, que ça a un vrai intérêt et que ça va payer d'avoir une activité sportive. »

E12 : « Après, entre ce qu'on conseille et ce qui est appliqué, c'est pas évident. »

Cependant, certains aimeraient voir un jour la pratique d'activité physique comme une alternative aux médicaments :

E6 : « Je lui ai dit de commencer par arrêter de fumer et marcher un peu et il n'y aura pas besoin de médicaments. »

E14 : « C'est le premier truc que j'aborde avant de parler des médicaments. »

E23 : « Je leur dis « l'hygiène de vie, c'est mieux que les médocs. »

4.2.1.4. Des bénéfices connus, un retour positif déjà observé

Presque tous les médecins interrogés ont un retour d'expérience favorable lorsqu'ils observent qu'un de leur patient a repris une activité physique.

- De façon générale, un certain nombre de médecins interrogés prônent les bénéfices de l'activité physique auprès de leurs patients :

E2 : « Par exemple, j'en ai 2 qui se sont mis à l'aviron et franchement, ils sont contents. Ils ont repris de l'activité. On sent la différence. »

E 4 : « Je parle beaucoup de l'intérêt de la pratique sportive. Ils comprennent que par le sport, ils vont naturellement mieux. »

E5 : « Je crois que franchement tout se prépare. L'hygiène de vie qu'on aura eu entre 30-40-50 ans et bah, elle va préparer la suite. »

E6 : « C'est le meilleur médicament pour éviter d'arriver au médicament. »

- Les bénéfices sont notamment reconnus par certains médecins interrogés lorsqu'ils sont confrontés au tabac et au sevrage tabagique :

E4 : « Pour les fumeurs, c'est un moyen de se dépenser physiquement et de prendre conscience que souvent ils sont essoufflés. C'est un moyen stimulant pour eux d'arrêter la cigarette. »

E26 : « Le tabac, ça arrive qu'ils viennent pour dire « Je voudrais arrêter de fumer ». C'est souvent que je conseille le sport comme transfert de dépendance en leur disant qu'il y a des patients sportifs qui sont dépendants au sport. Une des craintes dans le sevrage tabagique, c'est la prise de poids. Là, ça permet de se sentir bien, de renforcer le sentiment positif et on ne prend pas de poids car on brûle en faisant du sport. »

- Quelques médecins observent aussi des bénéfices en matière de diabète ou de surpoids :

E21 : « On voit qu'au niveau de l'hémoglobine glyquée, ça baisse et ça les motive aussi. Ça leur permet de leur mettre un repère et de se dire « Si je fais quelque chose, il y a du résultat. »

E26 : « Quand il y a une demande de régime ou de perte de poids, de toute façon, y'a pas 36 solutions. Pour perdre du poids, il faut brûler donc il faut faire du sport. »

- Un bénéfice relatif à l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et l'artériopathie est constaté par certains médecins interrogés :

E6 : « Ceux qui ont une tension qui monte, on leur dit que s'ils s'arrêtent de fumer et qu'ils se mettent à marcher 30 minutes tous les jours, la tension va descendre naturellement. »

E19 : « J'ai des cardiopathies avec des insuffisances cardiaques qui sont au stade terminal et qui marchent 20 min au lieu de prendre leur taxi devant chez eux, ils le prennent 3km plus loin et ils sont merveilleusement stationnaires et ils sont super bien. Ce patient-là, c'est fantastique et on sait que c'est pas les médicaments qui le sauvent, c'est sa marche. »

E19 : « J'ai beaucoup d'artéritiques qui sont à la limite de la chirurgie et puis tu t'aperçois que s'ils font leur marche, ils s'améliorent. Le traitement marche très bien. »

La question du profil-type des patients qui adhèrent aux conseils a été abordée lors des entretiens. A cela, les réponses récoltées sont variées :

- Il se dégage tout de même des entretiens que les patients ayant eu une alerte cardiovasculaire seront plus enclins à la reprise d'activité physique :

E7 : « Pour ceux qui sont en prévention secondaire, oui, il y a des possibilités et de la motivation parce qu'ils viennent de passer par une étape généralement un peu compliquée pour eux en général, et ce, d'autant qu'ils sont jeunes. En prévention primaire, c'est quand même un peu plus compliqué. Ce sont des gens qui ont pris du poids, qui sont sédentaires, qui fument... »

E19 : « Les gens qui voient la mort un peu de près, ceux-là, ils aiment bien. »

E25 : « Il y a des gens qui ont le déclic quand il y a des complications. »

- Certains médecins observent plus une réponse selon le moment que selon le profil du patient :

E23 : « C'est plus un moment. »

- Plusieurs médecins expliquent qu'ils n'ont pas observé de critères sociodémographiques favorisant mais ils estiment savoir globalement quel patient suivra leurs conseils ou pas, parce qu'ils les connaissent :

E9 : « Il n'y a pas de catégories préférentielles. Au niveau socio-professionnel, il n'y a pas beaucoup de différences. »

E24 : « Je sais qui va écouter ou pas, suivre ce que je vais dire. »

E25 : Celui pour qui on en tire rien pour l'alimentation, on en tire rien pour le sport. »

4.2.1.5. Une démarche pluridisciplinaire

Un autre questionnement relatif à l'activité physique adaptée aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire est l'orientation de ces patients vers d'autres professionnels. Les médecins généralistes dans leur pratique actuelle s'appuient-ils sur d'autres professionnels ? Vers qui se tournent-ils ? Cette question abordée lors des entretiens vise à définir le lien qu'entretiennent les médecins généralistes avec leurs correspondants lorsqu'il est question d'activité physique adaptée.

4.2.1.5.1. Les cardiologues

Pour un grand nombre de médecins généralistes interrogés, le cardiologue est un partenaire incontournable en matière d'activité physique et d'autant plus si les patients ont un profil à risque cardiovasculaire :

E6 : « Je m'appuie sur les cardiologues. Dès qu'ils ont une alerte cardiaque, là, c'est sûr que le cardiologue, il leur dit. Il est passé avant moi. Moi, j'enfonce le clou. »

E12 : « Tous ceux qui ont des facteurs de risque qui me disent « Je veux faire de la course à pied... Je veux faire de la rando... », je préfère un petit avis cardio récent avant de faire le certificat. »

E15 : « Moi, demain, si on me demande de prescrire... A part l'envoyer chez le cardio pour un bilan cardio avec une épreuve d'effort... »

4.2.1.5.2. Les kinés

Un certain nombre de médecins ont abordé la place du kiné lorsqu'il est question d'activité physique adaptée aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. Les médecins ne sont pas unanimes sur le rôle du kiné dans ce domaine et encore moins pour ce qui a trait au cardiovasculaire.

- Certains orientent vers le kiné à défaut de mieux. Ils estiment que son conseil sera plus avisé et qu'il aura un rôle initiateur, le tout pris en charge financièrement :

E7 : « C'est une prescription non pas de réadaptation ciblée mais plus de kiné, pour que ce soit pris en charge par la sécu, de manière à ce qu'ils puissent mettre le pied à l'étrier. »

E9 : « Dans certaines pathologies où je dis aux patients « quand vous allez chez le kiné, demandez-lui qu'il vous serve de coach, qu'il vous explique ce que vous pouvez faire, ce que vous ne pouvez pas faire. Et que si vous voulez

vous mettre au sport, qu'il vous dise à partir de quel moment vous pouvez y aller et ce que vous pouvez faire. » »

E23 : « Quand je vois qu'ils ont du mal à adhérer, je prescris un peu de kiné. »

E26 : « Je pense que les kinés sont plus aiguisés sur les contre-indications à certains sports pour les articulations notamment. »

- Une autre partie n'a pas recours au kiné en matière d'activité physique adaptée au cardiovasculaire :

E12 : « ça ne m'est jamais arrivé et ça ne me viendrait pas forcément à l'esprit, surtout pour du cardiovasculaire. »

E24 : « C'est difficile d'avoir un kiné qui fasse ce style de pratique. En plus, je ne sais pas si au niveau de la nomenclature, c'est autorisé. »

4.2.1.5.3. Les professionnels d'APA

Un médecin s'est interrogé sur la place du professionnel d'APA et a émis quelques réticences :

E17 : « Est-ce que le moniteur, le prof de sport va avoir la connaissance médicale pour adapter le sport et pour suivre le sport d'une façon correcte, qu'il n'aggrave pas ou qu'il ne complique pas... Il y a déjà un tel fouillis dans le paramédical que là, on va en mettre un qui n'est même pas paramédical. »

4.2.2. Connaissances et compétences

4.2.2.1. La formation universitaire

Afin de pouvoir prescrire de l'activité physique adaptée dans un futur proche, les médecins doivent disposer d'un certain nombre de connaissances. Nous tenions à les interroger sur leur formation et les connaissances dont ils disposent.

- Un très grand nombre de médecins estiment avoir reçu une formation universitaire très insuffisante en matière d'activité physique :

E9 : « Je pense que c'est peu enseigné. C'est supposé connu, c'est supposé comme un principe normal. En ce qui concerne la formation, les médecins sont formés par hasard s'ils regardent la télévision. Ce ne sont pas les instances politiques et sûrement pas facultaires. »

E16 : « Mes études sont très loin et je n'ai certainement pas été formé pour ça. »

E21 : « Je ne me rappelle pas avoir été sensibilisé à ça. »

4.2.2.2. Manque de connaissances

- Beaucoup signalent leur manque de connaissances techniques lorsqu'il s'agit de prescrire de l'activité physique adaptée à leurs patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaire:

E4 : « Je ne connais pas le programme de rééducation chez quelqu'un qui a eu une petite souffrance cardiaque. Je sais qu'il y a un réentraînement avec un vélo mais je ne peux pas donner de prescription précise auprès d'un kiné. »

E8 : « Je ne vois pas comment prescrire ça. »

E9 : « On leur dit de faire de l'activité physique mais je pense que ça s'arrête à cette phrase « Faites de l'activité physique ». »

E17 : « Est-ce qu'en tant que médecin généraliste non sportif comme je suis, je suis capable de conseiller tel sport plutôt que tel autre ? »

E25 : « Le sport, il faut quand même une formation ! Comme ça, seuls, je ne suis pas convaincue qu'on suffise... »

4.2.2.3. Application des recommandations dans la pratique quotidienne

Des référentiels ont été mis au point et il semble intéressant de savoir s'ils sont des outils pratiques pour les médecins généralistes. Lors des entretiens, la connaissance des recommandations et leurs applications ont été abordées : il en ressort globalement que peu de médecins interrogés s'appuient sur les recommandations dans leur pratique quotidienne. Beaucoup expliquent préférer travailler en s'adaptant au patient.

- Les recommandations OMS sont pour la plupart un référentiel qui n'est pas appliqué à la lettre :

E4 : « Je ne suis pas trop dans les chiffres, je ne veux pas les embêter avec le nombre de pas qu'ils font par jour. »

E9 : « Les programmes, ça n'a jamais apporté grand chose parce que ce sont des programmes qui sont dans des livres et les livres, ils sont dans le placard et le placard est fermé à clé et personne ne regarde. Mais ça fait bien. »

E13 : « Il n'y a pas beaucoup de référentiels qu'on applique à la lettre. Enfin, c'est difficile, on est dans la vraie vie ! »

E22 : « Il y a trop de recommandations, c'est très compliqué. Alors oui, on sait qu'il faut bouger, c'est vrai que c'est important. Mais c'est compliqué... »

- Beaucoup ne veulent pas ennuyer leur patient avec un référentiel qu'ils jugent parfois lourd :

E11 : « Je travaille avec la personne en elle-même, je ne suis pas le programme. »

E14 : « Je l'ai fait pour moi ! Après, je ne m'en sers pas pour les patients parce que c'est dense je trouve. »

E24 : « Les patients, ils s'en foutent la plupart du temps. »

- Pour un grand nombre, le PNNS n'a pas d'utilité en matière d'activité physique dans leur pratique quotidienne :

E2 : « Les programmes nationaux, c'est du vent. »

E7 : « C'est souvent évoqué sur le ton de l'humour, « Il faut manger, bouger... ;) »

E8 : « Je ne suis pas du tout papier, règles. Je travaille avec beaucoup de souplesse. Je ne suis pas à 5 fruits et légumes par jour. Je n'aime pas les brochures. »

E9 : « C'est aussi efficace que Sophia pour le diabète... »

E24 : « PNNS, ils ne connaissent même pas ! Ils se demandent même si un jour ça a existé... »

- Un petit nombre de médecins interrogés reconnaissent que les référentiels peuvent parfois avoir un intérêt pour insister sur un point important :

E3 : « ça a une importance quand on veut insister sur quelque chose. »

E13 : « Je pense qu'on s'appuie quand même un peu là-dessus pour renforcer le message. »

E26 : « C'est peut-être des choses que les patients peuvent entendre ou qui leur permettent d'avoir une référence, une norme qu'ils vont adapter en fonction de leurs possibilités et leurs besoins. Il y a une norme qui existe, on peut essayer de tendre vers cette norme. »

4.2.2.4. Attente de la formation complémentaire

Les médecins généralistes ont manifesté leur manque de connaissance concernant la prescription d'activité physique en pratique. Si cette dernière doit voir le jour, les médecins généralistes concernés attendent une formation complémentaire adaptée à leurs patients :

La plupart attendent surtout de la formation un outil pratique d'orientation de leurs patients :

E4 : « Au niveau régional, il faudrait qu'on ait accès aux sites de structures adaptées à ce type de réadaptation. Expliquer plus en détail comment ça se passe, pour quelles indications, le coût financier pour le patient, comment le prescrire... »

E15 : « J'attends de cette formation qu'elle me dise « donc, voilà, dans votre département, sur les Alpes-Maritimes, dans votre secteur, c'est sectorisé en tant, tant et tant. Vous, vous dépendez de tel secteur. C'est des choses simples et claires, c'est du pragmatisme quoi. »

- Les médecins attendent majoritairement de la formation qu'elle soit pratique et rapide, adaptée à la vraie vie :

E13 : « Il faudrait une journée, je pense pas qu'il y ait besoin de plus. Enfin, à mon avis. »

E14 : « Sur une journée ou sur deux soirées, ça peut être suffisant d'avoir des bases. »

- Une partie des médecins souhaitent une formation plus technique pour maîtriser la prescription :

E14 : « Pour prescrire, il faudrait clairement une formation sur les grands types de pathologie : chez le diabétique, chez l'hypertendu, chez le dyslipidémique et dans les troubles musculo-squelettiques. »

E25 : « ça sert à rien d'épiloguer et de dire « Le sport, c'est important ». On le sait déjà. Mais au moins qu'on sache quoi marquer en fonction de telle pathologie. »

4.2.2.5. **Compétences du médecin traitant**

Lors des entretiens réalisés, presque tous les médecins m'ont exprimé leur engagement pour leurs patients en matière d'activité physique. C'est un conseil qu'ils prodiguent régulièrement au cours de la consultation et qu'ils considèrent comme étant partie intégrante de leurs compétences.

- Beaucoup de médecins rappellent leur rôle de conseils :

E26 : « Finalement, donner des conseils et prescrire du sport, je crois qu'on l'a toujours fait. Je ne sais pas si rajouter un texte de loi va changer quelque chose. Après, j'imagine que tous les médecins conseillent à un moment ou à un autre de faire du sport. »

- Un grand nombre insiste sur l'importance qu'ils accordent à la répétition du message, jusqu'à une certaine limite, qui reste difficile à définir:

E2 : « Le message, nous, on est là pour le répéter. »

E24 : « J'essaye de faire passer des choses. Mais bon, ça a ses limites. Après, on ne peut pas les accompagner, ce n'est pas notre rôle. »

E26 : « Où s'arrête le rôle du médecin ? Est-ce qu'on est des coachs ? »

- Un grand nombre rappelle que leur rôle ne se résume pas à la rédaction d'une ordonnance. L'explication au patient et l'information font partie intégrante de leurs compétences :

E25 : « J'espère, peut-être de mon côté naïf qui vient de débarquer, que quand ils sortent de chez nous, il n'y a pas que ce qu'il y a sur le papier qu'ils retiennent... ça veut dire que ce qu'on fait à l'oral reste inutile. C'est dommage parce que mine de rien, la prescription, je pense que c'est un quart de notre consultation. »

E26 : « Ce n'est pas juste une ordonnance. Et c'est accompagné du relationnel, de l'écoute et du conseil. On est là pour conseiller, au cas où, s'ils ont des interrogations. »

- La question de la place de l'autorité dans la consultation a été abordée : quelques médecins se demandent en effet si le message n'est pas plus efficace s'il est ordonné.

E6 : « Il y a peut-être des façons plus directives pour certains qui marcheraient mieux. Je suis diplomate mais c'est pas forcément la bonne méthode et pas forcément celle qui est la plus adaptée à tous les types de patients. »

E19 : « Après, sinon, on devrait leur dire : « Vous faites du sport, obligé ! Sinon, si le sport vous ne le faites pas, on ne vous rembourse pas les médicaments ! »

E26 : « Après, je ne suis peut-être pas très autoritaire. En général, je propose, je leur dis « ça serait bien... » Après, c'est le patient qui se pose. »

- L'adaptation permanente du médecin face au patient qu'il a en face de lui est une notion qui ressort très souvent des entretiens :

E7 : « On adapte notre discours sans arrêt. On construit, on élabore les choses d'une consultation à l'autre. »

E25 : « On s'adapte aux patients. C'est plutôt je dirais, en connaissant les gens. »

- Un certain nombre de médecins interrogés aborde les difficultés rencontrées en matière de prévention et d'éducation thérapeutique en médecine générale :

E5 : « Ce serait déjà commencer à reconnaître que c'est un vrai pan de notre activité que de faire de la prévention mais on se heurte en France au fait que la prévention n'est absolument pas rémunérée. »

E7 : « C'est le drame français. La prévention, ils n'en ont rien à branler. L'éducation thérapeutique, tout le monde en parle et s'en gargarise...y'a aucun moyen dans l'éducation thérapeutique. »

E13 : « Sur tout ce qui est prévention, éducation thérapeutique, trucs comme ça, il y a beaucoup de choses à faire, on est un peu nul. »

Le syndicat des médecins du sport a émis le souhait de voir un jour une consultation dédiée à l'activité physique adaptée avec une rémunération spécifique. Beaucoup de médecins interrogés restent dubitatifs, la considérant inutile, peu applicable et redondante par rapport à ce qu'ils font déjà :

- Beaucoup considèrent la consultation dédiée à l'activité physique adaptée inutile :

E14 : « ça fait partie de nos compétences... Un truc à part, je n'en vois pas l'intérêt ! »

E24 : « C'est très intéressant intellectuellement, on fait une consultation dédiée... C'est comme toutes les consultations dédiées... »

- Certains la voient injustifiée. Elle fait déjà partie des compétences du médecin généraliste et fait double emploi :

E6 : « Cette consultation, on la fait, elle est pas tellement prise en compte. »

E8 : « J'ai pas attendu qu'il y ait ces choses-là pour en parler et le conseiller. »

- Quelques médecins évoquent le manque de formation pour prétendre à une consultation spécialisée d'APA, la trouvant plus adaptée aux médecins du sport :

E4 : « Pour une consultation dédiée, il faut être déjà formé pour bien le faire. »

E25 : « Si je devais faire une consultation dédiée, que pour ça, avec une prescription, je pense que je ne suis pas suffisamment formée. Et d'ailleurs, ce n'est pas pour rien qu'il y a des médecins du sport. »

4.2.3. Déterminants de la prescription d'APA

4.2.3.1. Freins

4.2.3.1.1. Inhérents au patient

Les médecins identifient de nombreux freins émanant du patient qui mettent en échec la pratique d'activité physique. Si les comorbidités tiennent une place importante, ils ne perdent pas de vue que la motivation du patient est fondamentale et le temps et les contraintes familiales et professionnelles font parfois barrage.

Les principaux freins évoqués par les médecins interrogés sont notamment les pathologies associées et en priorité les pathologies ostéo-articulaires :

- Les pathologies articulaires sont au premier plan :

E2 : « Ce qui me limite, ce sont les problèmes articulaires. »

E16 : « Une personne qui va avoir de l'arthrose, qui va avoir des difficultés, c'est difficile pour moi de leur prescrire de la natation... Parce qu'il y a pas de piscine ! Ils vont pas pouvoir marcher parce qu'ils ont mal aux genoux... »

- Vient en deuxième position le surpoids :

E2 : « Quand ils pèsent 120 kilos, ce n'est pas évident non plus. C'est un cercle vicieux : t'es trop lourd, donc t'as mal aux genoux, donc tu bouges de moins en moins. »

E9 : « Elles sont essoufflées en marchant parce que comme elles ont pris du poids, elles ont plus fait de sport. »

- Certains ont évoqué les troubles de l'équilibre :

E2 : « Marcher, tant que t'as pas trop de problèmes d'équilibre. »

E11 : « Il y en a qui sont gênés par des troubles de l'équilibre. »

- L'âge et le stade de la maladie sont aussi des facteurs limitants soulignés par certains médecins :

E3 : « Selon le stade de la pathologie, on va être limité. »

E4 : « C'est difficile, surtout pour une tranche de population un peu plus âgée. »

E19 : « L'artéritique qui ne peut pas marcher, on est un peu coincé. »

- Un médecin évoque le cas particulier des patients cardiovasculaires qui se perçoivent eux-mêmes comme à risque et ne souhaitent pas, par conséquent, pratiquer une activité physique :

E9 : « L'idée qui est ancrée chez les patients 'cardiovasculaires', hypertendus avec des facteurs de risque, c'est qu'ils ne peuvent pas faire de sport parce que c'est dangereux. »

Un des principaux freins constaté par les médecins vient du patient lui-même. La quasi-majorité évoque le manque de motivation du patient et la difficulté pour le médecin de changer des habitudes de vie profondément ancrées.

- Beaucoup évoque le libre-arbitre du patient, les choix de vie l'emportent sur les conseils prodigués :

E2 : « Il faut arrêter de vouloir changer la terre entière. Tu proposes, tu stimules. Après, il y a un moment où c'est leur choix aussi ! »

E24 : « Y'a des personnes pour qui on pense que c'est indispensable mais on n'arrive pas à faire passer des messages. »

E25 : « Quelqu'un qui ne veut pas, on a beau lui écrire, ça ne servira à rien je pense... Quelqu'un qui veut l'entendre, l'entendra, oral ou écrit. »

E26 : « Les patients qui s'y mettent vraiment, je crois que ça vient d'eux. »

- La pratique d'activité physique est pour un grand nombre une question de goût :

E22 : « Pourquoi est-ce qu'il ne fait pas de sport ? ça va bien au-delà de simplement l'argent ou la prise de conscience. C'est que ça ne rentre pas dans son style de vie, dans ses goûts. Il y a des gens qui détestent le sport et c'est pas parce qu'ils ont une pathologie chronique qu'ils ont le droit à la double peine que d'être obligés à faire des choses qu'ils n'aiment pas. Le patient, il est dans ses habitudes de vie. »

E24 : « Le sport, on aime ou on n'aime pas. J'avoue que, vous interrogez les patients, il y en a qui sont récalcitrants au sport, c'est-à-dire qu'ils n'aiment pas l'effort. Je veux pas être pessimiste, il y a peut-être une frange qui va basculer vers l'effort mais vous avez des gens, vous ne les ferez pas bouger. Parce que l'effort, c'est pas leur truc. »

- Certains expliquent que la pratique d'activité physique demande un investissement personnel et que cette habitude est difficile à reprendre :

E5 : « ça fait tellement longtemps qu'ils n'ont pas fait de sport. On n'a pas tout de suite le résultat et ça demande un investissement tous les jours ou toutes les semaines. On ne peut pas arrêter 6 mois et puis reprendre. »

E16 : « Alors bon, après, s'ils n'en font pas, c'est qu'ils ont vraiment pas envie d'en faire je crois. Je comprends très bien mes patients qui sont en surpoids et qui n'en font pas beaucoup. Il faut avoir un petit peu le courage de le faire. »

- Au final, un certain nombre de médecins interrogés considèrent qu'il en va de la responsabilité propre des patients et que tout un chacun peut se responsabiliser :

E2 : « On est toujours à prendre les gens par la main. On déresponsabilise encore plus les gens. Il faut aussi qu'on réapprenne à payer les conséquences de ses choix. Si on ne veut pas d'aides, on n'a pas d'aides. Chacun fait ce qu'il veut. »

E8 : « Les gens sont libres. Marcher 3h par semaine, c'est donné à tout le monde, une paire de baskets et c'est bon. »

Un autre frein évoqué par un bon nombre est le facteur temps. Ils comprennent qu'il est difficile de combiner l'activité physique avec les contraintes de la vie quotidienne.

- Certains estiment qu'il est difficile de se libérer du temps de la vie quotidienne :

E5 : « Il y a des tranches d'âge où c'est compliqué de se remettre vraiment à une activité physique. « J'ai pas le temps parce que je travaille beaucoup. » C'est parfois pas simple parce que les gens sont pris dans les contraintes du monde du travail, de la famille et comme ce n'est pas une priorité pour eux parce qu'ils n'en attendent pas un bénéfice immédiat, c'est difficile. »

E25 : « Est-ce que tous les gens peuvent aller aux séances de sport aussi ? Parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a des horaires. Y'a des diabétiques et des hypertendus qui bossent... Faut pas croire qu'il n'y a que des retraités donc il faut s'adapter à tout ça. »

- Quelques médecins abordent plus précisément le temps nécessaire pour le suivi dans le cadre de l'APA :

E4 : « Il faut qu'on s'assure que le patient puisse assurer un suivi régulier dans ce domaine-là parce que ça nécessite des prises de rendez-vous, d'être un peu disponible. C'est une prise en charge qui demande du temps. »

E17 : « Il faut qu'ils aient du temps aussi. Il faut la consultation du médecin, la consultation du coach... Et puis après, tu vas en voir d'autres... Y'en a beaucoup à mon avis qui vont faire le médecin, le coach et puis après quand il faudra aller ailleurs, hop, c'est terminé ! Même si c'est gratuit ! Faire tout ce cursus, à part les retraités qui n'ont rien à faire, ça va les occuper et peut-être ça leur fera du bien au point de vue aussi psychique. Mais sinon, je ne vois pas... »

4.2.3.1.2. Réticences des médecins

Le temps est un frein récurrent. Les médecins interrogés expliquent qu'ils sont déjà débordés et qu'il reste peu de temps dans la consultation pour évoquer la pratique d'activité physique et en dehors, pour la formation.

- Pour beaucoup, même s'ils parlent de l'activité physique, c'est plutôt en fin de consultation après avoir abordé les autres motifs de consultation :

E4 : « On a tendance à parler de ça plutôt à la fin et on n'a pas le temps de bien cadrer les choses. »

E7 : « La consultation de prévention par le médecin généraliste... On n'a pas le temps. »

E19 : « On est dans une époque où on voit trop les gens et on est coincé, on n'a pas le temps. Donc, ce sera un truc qu'on met en plus dans nos 10 minutes. »

- Le temps pour une consultation de prévention semble utopique pour plusieurs médecins interrogés :

E5 : « Je n'ai pas le temps de faire des consultations dédiées. On ferait évidemment plus d'éducation thérapeutique et ça, ça en fait partie de l'éducation thérapeutique. Si on avait une prise en charge correcte, adaptée au temps que ça prend et à l'investissement que ça demande. »

E24 : « On est déjà débordé. Tout ce qui va être un peu technique pour nous, on n'a pas le temps... On n'a plus le temps de le faire... C'est dommage ! »

- Quelques-uns avouent aussi qu'ils n'accorderaient pas beaucoup de temps pour une formation dans le domaine :

E21 : « Le plus adapté, je dirais... plutôt une soirée. Parce que déjà que... pas le temps... »

E22 : « Je vais pas le mettre comme quelque chose de majeur donc je n'y prendrai pas beaucoup de temps. »

Un grand nombre de médecins n'ont pas manifesté un intérêt particulier pour la formation concernant l'activité physique et sa prescription.

- Une des raisons invoquées par certains médecins est qu'il préfère se perfectionner sur certaines pathologies et leurs prises en charge :

E2 : « Je préfère faire des formations sur des pathologies. Je suis médecin, pas coach sportif ! »

E16 : « ça passe malheureusement après des choses qui vont être entre guillemets « plus importantes » je pense pour moi, par rapport à ma formation personnelle. »

- La raison principalement évoquée est l'envie. Devant la multitude de formations possibles, il faut faire des choix et pour beaucoup, l'activité physique est secondaire :

E15 : « Je pars du principe que le médecin de premier recours, le médecin généraliste doit tout le temps se former. Mais après, il y a des choix à faire... »

E24 : « J'ai d'autres sujets qui m'intéressent plus que celui-là. »

E25 : « J'ai pas envie de centrer mon boulot que sur le sport. Il y a le reste qui m'intéresse. Si, après, on me dit que ça a un impact sur le patient, je veux bien faire cet effort-là. Mais qu'on me prouve qu'il y a un impact. »

- Enfin, une minorité ne souhaite pas se former dans le domaine car ils estiment avoir les connaissances suffisantes pour conseiller leurs patients :

E2 : « Les sports qu'on peut proposer aux patients, on les connaît, pas besoin de faire une formation. »

E5 : « Il y a des choses que je sais déjà. »

Un sentiment d'assistanat et même d'infantilisation des patients est évoqué par un certain nombre de médecins lorsqu'il est question de prescrire de l'activité physique.

- Nombre de médecins interrogés pensent qu'en prescrivant de l'activité physique, on ne laisse plus les gens se prendre en charge eux-mêmes :

E2 : « De plus en plus, les gens, ils ne gèrent rien. Maintenant, il faut les prendre par la main, et bientôt, on leur paiera leur sport ! »

E19 : « Je pense qu'il faut quand même responsabiliser les gens. Maintenant, ça devient du délire. On assiste les gens. C'est de l'assistanat ! »

E21 : « Cette histoire de sport adapté, moi, déjà, pourquoi pas... Mais je me demande si c'est pas un peu de l'assistanat. Les gens, c'est quand même un peu à eux de se prendre en charge. Et pour moi, il faut arrêter de toujours prendre les gens par la main. Le truc, c'est que je pense qu'il faut au bout d'un moment qu'ils se prennent en charge. »

- Certains restent dubitatifs sur l'efficience de la prescription d'activité physique :

E22 : « Toute façon, même les médicaments, ils les prennent ou ils ne les prennent pas. Le patient, il a quand même son libre-arbitre. Je trouve que notre société pousse trop. Les gens ne sont pas que des petits objets que l'on oriente comme ça ou comme ça. »

E26 : « Les patients qui s'y mettent vraiment, je crois que ça vient d'eux. C'est rare que ce soit moi qui ai induit une modification. »

La rédaction du certificat de non contre-indication à la pratique sportive est étroitement liée à la prescription d'activité physique adaptée et un certain nombre de médecins interrogés évoque la problématique de la responsabilité et de la rédaction parfois délicate d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'activité physique, notamment chez les patients qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaire.

E3 : « On nous demande toujours des certificats comme quoi il peut faire du sport alors que des fois, on n'est pas au top. »

E9 : « On nous dit tout et n'importe quoi. Et on nous inquiète de plus en plus d'années en années en nous disant « ça, vous ne pouvez pas le faire, ça non plus. » Et en parallèle, ils essaient de faire une loi qui dit que les certificats de sport, c'est plus la peine. Et il y a une loi européenne qui dit le contraire. »

E17 : « Le jour où il y a un accident, qui est responsable ? »

4.2.3.1.3. Contraintes géographiques

Beaucoup de médecins voient le développement de l'APA limité à l'agglomération de Nice et ne se sentent donc pas concernés par le projet. Ils sont persuadés pour la plupart que la proximité des structures est un facteur déterminant pour que les patients puissent adhérer :

- Plus globalement, en dehors de l'APA, les médecins généralistes de l'arrière-pays signalent déjà un manque de structures à disposition :

E16 : « Les conseils, c'est en fonction de ce qu'on a ici. C'est vrai que souvent je me retrouve confronté à un problème de structures. A chaque fois que je leur dis « Ah, l'idéal pour vous, ce serait de faire de la natation ! » Mais voilà... On se retrouve un peu coincé. La première piscine... elle est ouverte que l'été et l'eau est un peu froide. Ici, on a aussi une piscine d'été, juste en juillet-août. A Puget, ils ont fait une piscine couverte mais elle est ouverte que de mai à octobre... Et puis aller jusqu'à Puget, c'est loin. Isola, n'en parlons pas ! Et autrement, c'est aller à Nice ! Donc, on est toujours coincé... »

- En ce qui concerne l'APA, beaucoup de médecins qui exercent en dehors de Nice expriment leur doute quant à la distance entre les structures et les patients, évoquant une inégalité d'accès avec la ville :

E8 : « J'ai beaucoup de patients âgés, ils ne sont pas toujours motorisés. S'il faut y aller en bus, je ne sais pas... S'il y a une structure à Nice, ils n'iront pas, c'est évident ! »

E14 : « Si c'est dans le centre de Nice, ces personnes-là se déplacent pas beaucoup, elles sont justement sédentaires ! D'aller les faire aller jusque là-bas... C'est pas évident ! »

E17 : « ça va être bon pour les grandes villes ! Pour les petites villes et petites bourgades, les gens, ils n'iront pas faire une heure de route pour aller faire 30 minutes de sport. »

E22 : « ça crée une inégalité territoriale. En ville, oui ! Et ailleurs ? Ils font quoi les gens ? »

4.2.3.1.4. Financement

La question du financement de la prescription d'APA a été discutée et elle fait débat auprès de la majorité des médecins interrogés.

- Pour beaucoup, ce n'est pas à la sécurité sociale de prendre en charge l'APA et de rembourser les consultations liées à l'APA, ainsi que les séances de sport :

E2 : « La prescription, on n'a pas les moyens de financer ça ! A des gens qui n'ont même pas la volonté de le faire eux-mêmes avec des conseils ! »

E17 : « Tu coupes le robinet parce qu'il n'y a plus de sous... Il y a peut-être des choses un peu plus... »

- Certains médecins rappellent qu'il y a de plus en plus de déremboursement et qu'il paraît paradoxal d'envisager de rembourser l'APA :

E2 : « On dérembourse les médicaments et on va leur payer le fitness et le coach ! C'est de la politique, c'est de la démagogie ! »

E25 : « La sécu dérembourse de plus en plus... Pourquoi elle rembourserait le sport ? »

- Quelques-uns expriment clairement leur opposition à la prise en charge par la sécurité sociale de l'APA :

E19 : « De là à rembourser, non ! Moi, je commence à en avoir un peu ras-le-bol que tout soit pris en charge. »

E21 : « Je ne suis pas sûr que ce soit à la sécu de rembourser ça. »

- Certains sont plus modérés dans leur propos et temporisent en attendant qu'une économie de santé soit prouvée et que cela ouvre au remboursement :

E8 : « Si un jour c'est remboursé, oui, je le prescrirai, pour qu'il soit remboursé. »

E13 : « Après, c'est là qu'il faut faire des études pour prouver que ça coûte moins cher de prescrire du sport. »

E22 : « Je sais qu'ils vont éventuellement prendre en charge des salles de sport et des choses comme ça... Je trouve ça... ça me paraît vraiment compliqué... On a toujours pensé que c'était nécessaire... On ne sait pas faire la preuve de l'impact de celui-là, de cet indicateur-là par rapport aux autres. »

4.2.3.1.5. Défaut de communication sur les structures existantes

- Un des médecins interrogés a fait part de son expérience concernant le programme « Séniors dans les parcs » :

E3 : « Ce sont des programmes que je ne connais pas bien. Nous, on n'a pas été averti, c'est une assistante sociale de l'hôpital qui m'en a parlé. Et c'est comme ça que j'ai envoyé les patients. D'ailleurs, il y en avait une qui m'a dit qu'ils lui avaient demandé comment ça se faisait que son médecin était au courant. »

- Beaucoup ont rapporté ne pas savoir s'il existait des structures d'APA :

E9 : « Je n'ai pas été démarché. Tout est toujours très confidentiel quand c'est efficace. Autant, on entend parler de tout un tas de choses qui ne servent à rien. Autant, ce genre de choses, même des gens concernés comme les médecins, ils ne sont pas au courant. »

E13 : « Je ne connais aucune structure ici et je ne sais même pas si ça existe. »

- D'autres les ont découvertes par le biais de leurs patients :

E6 : « J'ai des patients qui ont des problèmes cardiaques et il y a une association qui s'appelle « As du cœur » ou quelque chose comme ça. »

E26 : « Récemment, j'ai entendu parler d'une association qui faisait du sport pour les patients qui avaient un cancer je crois. J'ai une patiente qui m'a parlé de ça. Sur le cardiovasculaire, je ne connais pas. »

4.2.3.2. Facteurs favorisants

4.2.3.2.1. Conviction personnelle des médecins

- Quelques médecins ont exprimé leur goût pour l'activité physique et ils expliquent très bien que ça les aide à faire passer le message auprès de leurs patients :

E6 : « J'en suis totalement convaincu et j'essaye de transmettre le mieux possible cette chose-là. J'ai vu que ça me faisait du bien alors j'ai pas de scrupules à insister auprès de mes patients. »

E8 : « Moi, je suis sportif et puis voilà, je conseille le sport, c'est évident ! J'ai toujours fait du sport toute ma vie, alors j'y crois ! »

E24 : « Je suis très sensible à ça. J'aime l'effort, c'est pour ça que je peux en parler avec conviction. »

4.2.3.2.2. Environnement

- Les médecins interrogés estiment pour beaucoup que les patients sont globalement moins sédentaires dans la région que partout ailleurs :

E10 : « Mais ici, je trouve qu'on est dans une région où globalement, même les personnes les plus âgées sont dans cette recherche de bien-être. Ce sont des retraités qui sont actifs. Ils sortent beaucoup parce que le climat le permet et qu'il y a plein de choses à organiser pour les personnes âgées. J'ai pas mal de personnes de plus de 80 ans qui sont en excellente santé parce que justement, ils bougent beaucoup. »

E16 : « Je dois dire qu'ici quand même, on est à la montagne, et les gens, ils font quand même naturellement de l'activité physique, peut-être plus qu'en ville, parce qu'ils sont dans un environnement où très facilement on va faire du vélo, même par exemple les gens quand ils vont à la chasse. »

- L'environnement est propice à la pratique d'une multitude d'activités physiques :

E2 : « A Villefranche, il y a le club d'aviron, le club de rando, le club de voile... »

E22 : « Ici, on a une offre d'activités par contre très très large, mais adaptée, je ne suis pas certaine. »

E26 : « La mairie édite un livret des associations avec tout ce qui est disponible. Il y a plein d'associations de sport. »

- A défaut de mieux, de nombreuses associations existent et sont bien connues localement par les médecins généralistes :

E8 : « A Menton, il y a beaucoup de personnes âgées et on s'en occupe beaucoup. Ils ont tout ce qu'il faut j'ai l'impression. Ils font pas mal de choses, même si c'est pas extraordinaire. »

E23 : « On a des clubs de marche, des gens qui se groupent pour aller à l'aquagym. Je vois, dans les petites communes, il y a pas mal de choses qui sont faites. Le club de marche, la gymnastique douce, la prévention des chutes... C'est bien organisé. »

4.2.3.2.3. Médias

- Pour beaucoup, les médias peuvent avoir un impact positif. Une campagne bien menée pourrait faire écho aux messages prodigués par les médecins généralistes et créer une dynamique :

E9 : « Les gens sont stimulés s'il y a une publicité nationale. Il suffirait d'une campagne adaptée sur le sujet. Sinon, quelques émissions un peu ludiques sur le fait que le sport améliore la santé, ce qui se fait déjà dans pas mal de conférences et de congrès. Ça passera comme une mode. L'ambiance s'y prête. »

E17 : « Il faudrait faire une campagne pour inciter les gens à faire un peu, une petite activité physique. »

E25 : « On nous en parle en large et en travers, « Faites de l'activité physique », « Faites au moins je sais pas combien de sport par jour », ils le disent partout à la télé. »

4.2.3.3. Perspectives et questions en suspens

L'amendement relatif à la prescription d'APA a été voté en novembre 2015. Dans l'attente de décrets d'application, de nombreuses zones d'ombre persistent et les médecins généralistes s'interrogent sur la prescription en pratique :

- Certains médecins attendent des décrets que soit précisé comment rédiger une prescription en pratique et que le parcours du patient soit clairement défini :

E4 : « Faudra nous aider... Il faudra prescrire une phrase toute banale. »

E12 : « Actuellement, je serais bien embêtée. Parce que bon, c'est vrai que moi, je n'en ai jamais vraiment entendu parler vraiment de manière concrète dans notre pratique quotidienne. »

- Une interrogation persiste concernant l'impact de la prescription papier et sur sa supériorité par rapport au conseil oral :

E25 : « Le fait de le prescrire... Je suis pas convaincue que le fait de le voir écrit, ça va leur changer quoi que ce soit, vu qu'on leur en parle déjà. Je leur dis mais je ne suis pas convaincue que de l'écrire sur une ordonnance, ça va changer. Ça va faire une inobservance de plus ! Je vois pas en quoi le prescrire ça va changer grand chose. Ce qui serait intéressant si vraiment y'a un retour comme quoi on a la preuve que les gens, quand c'est écrit sur l'ordonnance, le font plus que quand c'est pas écrit sur l'ordonnance... »

- Pour certains, il est encore trop tôt pour envisager de prescrire de l'activité physique et qu'il faut attendre que les choses soient plus cadrées :

E18 : « Prescrire, c'est bien beau. Ils vont me dire « Docteur, comment je fais ? Qu'est-ce que j'en fais de votre papelard ? » Ils auront pas tout à fait tort. »

E22 : « Pour moi, il faut d'abord attendre de peut-être plus le préciser. »

Pour certains médecins, il existe un paradoxe de prise en charge entre le certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique et la prescription d'APA. En effet, la consultation d'évaluation en vue de rédiger un certificat d'aptitude ou de non contre-indication, n'est pas remboursée par la CPAM. Actuellement, le financement de la prescription d'APA n'est pas clairement établi mais il semble inconcevable pour ces médecins qu'on envisage une prise en charge financière alors qu'on ne rembourse pas la consultation pour obtenir un certificat en vue de pratiquer une activité physique :

E9 : « Vu qu'actuellement, officiellement, les certificats d'aptitude au sport sont hors sécurité sociale, non remboursés par la sécu, qui nous le répète

chaque année... Je vois pas trop comment ils vont accepter une consultation remboursée pour aller faire du sport... »

E17 : « Le certificat médical, c'est pas un acte qui est dans la nomenclature, c'est pas une consultation, tu peux prendre ce que tu veux et tu ne fais pas de feuille de soins. Mais c'est pas juste, parce qu'on engage notre responsabilité. »

Le questionnement vis-à-vis de la prise en charge reste un point sur lequel les médecins s'interrogent et notamment sur le rôle que va jouer la sécurité sociale :

E4 : « Après, il faut convaincre la CPAM... Après, je ne sais pas à quelle hauteur ce sera remboursé par la sécurité sociale. »

E7 : « Tout dépend là aussi si c'est pris en charge en prévention primaire ou secondaire. Ça, il va falloir que ça se décante. A combien de séances ils auront droit ? Qui prendra ça en charge ? »

Un certain nombre s'interroge sur l'économie de santé que le projet d'APA peut apporter :

E9 : « Ce serait bien, mais bon. Sauf si on leur prouve l'économie de santé à côté. Sinon, ça ne passera jamais. »

E25 : « Est-ce que ça diminuerait beaucoup les traitements ? »

Pour un des médecins interrogés, le projet de loi sur l'APA renforce les inégalités et sera limitée à une minorité choisie :

E22 : « Pour moi, si c'est une norme, elle doit être accessible à tous ou elle n'existe pas. »

Dans la grande majorité, les médecins interrogés sur le projet d'APA trouvent l'idée plutôt bonne mais ne sont pas entièrement convaincus :

E17 : « Je pense que c'est une excellente idée mais j'ai bien peur que ce soit un petit drapeau qu'on agite... »

E25 : « Mon avis... Je ne suis pas convaincue... »

E26 : « Toute façon, ça va rien changer, c'est pas remboursé. Je crois pas que ça va changer quelque chose pour moi. »

5. DISCUSSION

5.1. Principaux résultats

Cette étude a eu pour objectif de recueillir l'avis de médecins généralistes de la région concernant la prescription d'activité physique adaptée aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, prescription qui dispose désormais d'un cadre législatif.

Au fil des entretiens réalisés, nous avons pu voir que ce projet est perçu comme une bonne idée mais en attendant de faire ses preuves, il est accueilli avec une certaine réserve par la profession.

Tout d'abord, les bénéfices de la pratique d'activité physique ne sont nullement remis en question et tous sont unanimes pour dire que la sédentarité est un réel problème de santé publique. Les médecins généralistes sont sensibilisés aux enjeux de la sédentarité et sensibilisent à leur tour leurs patients au cours des consultations de suivi. Cette mission est considérée comme faisant partie intégrante de leurs compétences.

Dans la pratique actuelle, les médecins généralistes dispensent des conseils oraux à leurs patients. Beaucoup considèrent faire du conseil minimal, dans le sens où ils proposent de pratiquer des activités standards, accessibles à tous et n'émettent pas de recommandations techniquement précises. Cependant, pour un grand nombre, le conseil est considéré adapté car il correspond à une approche globale centrée sur le patient où sont pris en compte les comorbidités mais aussi les goûts, la motivation et les contraintes professionnelles et familiales du patient. Ils insistent d'autant plus qu'il s'agit de prévention secondaire. Les médecins n'hésitent pas à répéter et à reformuler pour amener le patient à comprendre et finalement à adhérer aux conseils, parfois en vain.

Lorsqu'il est question d'activité physique chez des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, les médecins généralistes s'appuient sur les cardiologues pour les aider à définir les capacités de leurs patients et in fine rédiger le certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique. Ils ont aussi recours aux kinés

qui prennent alors la casquette de coaches à défaut d'orienter vers des professionnels d'APA dont ils n'ont pas connaissance.

Les médecins généralistes dénoncent un manque de formation universitaire, des lacunes dans leurs connaissances lacunaires en matière d'activité physique et des référentiels mis à leur disposition peu suivis car denses et difficilement applicables en pratique. Un autre frein à la prescription d'APA est le manque de temps dont ils disposent pendant la consultation et en dehors pour la formation personnelle. Par ailleurs, ils restent réservés sur la possibilité de modifier les habitudes de vie des patients et sur la capacité à intervenir sur leurs motivations.

Si la prescription d'APA tend à se démocratiser, ils attendent une formation concrète avec des outils simples d'aide à la prescription et qu'une information claire leur soit délivrée sur les structures et les professionnels vers qui orienter. Certains points restent à éclaircir comme la question du certificat de non contre-indication et la responsabilité, celle de l'accès aux structures pour les patients résidant en dehors des villes ou encore celle du financement. Les médecins comptent sur une dynamique locale renforcée par une campagne médiatique pour espérer amorcer un changement des habitudes de vie chez leurs patients.

5.2. Points forts et limites de l'étude

5.2.1. Points forts de l'étude

Ce travail de thèse a été amorcé quelques semaines avant que le projet niçois soit annoncé publiquement lors des premières assises européennes du sport sur ordonnance et que l'amendement Fourneyron soit adopté par les députés après avoir été rejeté par le Sénat en octobre 2015. Nous avons pu recueillir les réflexions des médecins sur une mesure qui très bientôt pourra les concerner dans leur pratique. Une large communication a été faite sur le thème lors de la réalisation des entretiens et a permis d'aborder ce sujet d'actualité avec facilité.

Un autre point fort de notre étude est l'inclusion de médecins venant des zones rurales comme urbaines. Une grande partie du département et notamment l'arrière-pays a été

couvert afin de représenter la variété des types d'activités des médecins ainsi que la diversité sociodémographique des Alpes-Maritimes.

5.2.2. Biais de sélection

Un très grand nombre de médecins généralistes sollicités par téléphone ont répondu par la négative. La plupart ont invoqué un manque de temps ou ont prétexté porter un intérêt modéré au sujet traité. Les médecins généralistes sont très fréquemment invités à participer à des thèses et doivent évidemment choisir parmi la quantité proposée.

Cette étude comporte un biais de sélection. La plupart des médecins ayant répondu favorablement étaient plutôt intéressés par la question de l'activité physique. Par ailleurs, un grand nombre des médecins interrogés fait partie du Département de Médecine Générale. Si l'activité physique n'est pas leur passion première, leur vocation pour l'enseignement et une volonté de partager leurs connaissances peuvent en être des pistes d'explications possibles.

Le nombre de médecins interrogés a été défini a posteriori lorsque nous avons considéré que l'analyse des entretiens était arrivée à saturation des données. Cette définition reste subjective et est laissée à l'interprétation de l'investigateur.

5.2.3. Le guide d'entretien

Les entretiens ont été articulés autour de la trame du guide d'entretien et cela a pu parfois casser la spontanéité de l'échange. Même si les questions étaient ouvertes, il est arrivé que leur enchaînement perturbe la dynamique de l'entretien en recadrant trop la discussion.

5.2.4. La neutralité et la compétence de l'investigateur

Le manque d'expérience et de formation dans le domaine de l'entretien est un biais à considérer. La maîtrise du guide d'entretien et l'aisance lors des échanges ont été progressives, ce qui a pu altérer la profondeur des premiers entretiens.

La capacité de s'adapter à la personne interrogée et la reformulation des idées ont été des obstacles tout au long des entretiens.

Enfin, la question de la neutralité est discutable. Le non verbal, autant pour l'interlocuteur que pour l'investigateur, est aussi important que les mots et l'écoute active peut laisser transparaître son propre point de vue.

5.2.5. Biais d'analyse et d'interprétation

L'analyse qualitative des données a été la plus appliquée et systématique possible mais malgré la plus grande rigueur, elle reste subjective. L'analyse indépendante par deux autres personnes extérieures à l'étude a visé à réduire ce biais.

Par ailleurs, le codage des verbatim et leur analyse n'ont pas été effectués par des personnes expérimentées, ce qui peut altérer la pertinence du travail.

Les résultats obtenus du fait de la subjectivité inhérente à la méthode ne sont nullement extrapolables. Il s'agit d'une démarche exploratoire.

5.3. Comparaison avec la littérature

5.3.1. La place du médecin

5.3.1.1. Des médecins au fait du danger de la sédentarité mais pour autant peu enclins à la prescription sur une ordonnance

Il est indéniable que la sédentarité fait partie intégrante de la consultation de suivi. Les médecins généralistes sont conscients des enjeux et des bénéfices d'inciter leurs patients à adopter une hygiène de vie saine. Cela corrobore les résultats du Baromètre santé médecins généralistes de 2009 dans lequel plus de deux tiers des médecins généralistes considèrent que la prévention dans le domaine de l'activité physique fait partie de leur rôle (60).

Les entretiens réalisés montrent qu'ils essaient de libérer du temps dans la consultation pour aborder cette problématique avec leurs patients, principalement lorsqu'ils identifient des facteurs de risque et d'autant plus si leurs patients sont en prévention

secondaire. Certains travaux soulignent cette tendance comme ceux de Wee et al. (61) montrant que les médecins sont moins enclins à promouvoir l'activité physique en prévention primaire.

Dans un sondage IFOP sorti en novembre 2015 sur les médecins généralistes et la prescription d'activités physiques, 82% des médecins interrogés adhéraient à l'autorisation donnée aux médecins généralistes de prescrire sur une ordonnance une activité physique, considérant ça comme une « bonne idée ».

Les entretiens individuels ont permis de faire préciser les résultats du sondage IFOP. En effet, les médecins généralistes perçoivent la prescription d'APA comme une « bonne idée ». Toutefois, ils nuancent leurs propos et soulignent qu'actuellement, la formule proposée dans le texte de loi n'est pas assez précise et est pour le moment décalée par rapport à la pratique quotidienne. Ils évoquent notamment un manque de formation et un manque de temps alors que l'échange oral a une place prépondérante actuellement dans la consultation.

5.3.1.2. Place de l'oralité dans la consultation de médecine générale

74% des médecins interrogés dans le sondage IFOP ont répondu positivement lorsqu'il leur est demandé s'ils ont déjà prescrit une activité physique à un patient.

Si nous avons formulé la question comme stipulée dans le sondage IFOP, nous aurions très certainement les mêmes résultats. Les entretiens menés le laissent transparaître lorsque certains médecins expliquent « prescrire des conseils ». Il est question de terminologie : si nous nous référons à la définition du Larousse, la prescription est « *un document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin* ». Cependant, l'argument peut être entendu que les médecins estiment que les conseils oraux qu'ils dispensent font office de prescription et ne peuvent par conséquent pas dire qu'ils ne prescrivent pas de l'activité physique.

La disparité des résultats est le reflet du débat sur la place de la prescription face aux conseils. Cette réflexion n'est pas nouvelle et avait fait l'objet d'un rapport d'orientation de la HAS en 2011 afin de faire le point sur les différents freins au développement de ce

type de prescription non médicamenteuse et d'identifier des solutions. Outre le manque de temps et le manque d'information, le rôle symbolique de la prescription médicamenteuse était mis en avant. Les prescriptions médicamenteuses disposent en France d'une dimension symbolique qui prend racine dans l'objet « médicament » (41).

Cependant, certaines études internationales ont montré la supériorité de la prescription écrite associée au conseil pour augmenter la pratique d'activité physique chez des patients sédentaires avec des facteurs de risque cardiovasculaire (62). L'efficacité n'étant plus à démontrer, les pouvoirs publics montrent actuellement une volonté forte de faire évoluer les pratiques courantes, au travers notamment de l'amendement relatif à la prescription d'APA. En lui donnant un cadre législatif, ils veulent ainsi encourager la prescription non médicamenteuse.

5.3.1.3. Un manque de connaissances et un recours insuffisant aux recommandations

Les médecins généralistes ne disposent d'aucun module d'enseignement sur l'activité physique lors de leur cursus. La formation se fait au cours de formations continues ou par le biais du dialogue avec des interlocuteurs comme les cardiologues. Pour pallier ce manque de connaissances, les médecins généralistes s'appuient sur le bon sens et l'expérience personnelle. Ils prodiguent un conseil minimal et ne sont pas en mesure avec le peu de formation dont ils disposent actuellement de rédiger eux-mêmes une ordonnance décrivant les paramètres d'activité adaptée aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. De nombreuses études anglo-saxonnes ont montré que ce constat était fait aussi en dehors de nos frontières. Selon Walsh et al., deux tiers des médecins interrogés estiment leurs connaissances inadaptées pour conseiller de l'activité physique à leurs patients (63).

L'amendement voté à l'Assemblée nationale en novembre 2015 mentionne qu'« une formation à la prescription d'une activité physique adaptée est dispensée dans le cadre des études médicales et paramédicales ». Cela confirme la volonté des pouvoirs publics de former les étudiants en médecine. Dans les années à venir, un module spécifique sur

l'activité physique dans la prise en charge des pathologies chroniques devrait être intégré à l'enseignement des études médicales.

Bien que des recommandations internationales existent, elles sont souvent jugées trop denses et peu applicables en pratique pour faire adhérer les patients. A l'image du travail de Carrol et al., les recommandations ne sont pas mentionnées spécifiquement (62). Plutôt que de citer stricto sensu les recommandations, beaucoup de médecins expliquent adapter leur discours à leur patient pour le rendre plus audible et adapté à la vie quotidienne.

5.3.1.4. Le manque de temps

Les médecins généralistes se disent de plus en plus limités par le temps, autant pendant qu'en dehors de la consultation. Comme la prévention et l'éducation thérapeutique, l'activité physique souffre du manque de temps accordé par les médecins. Leurs réticences sont liées au fait que ces programmes sont chronophages dans une consultation qui durait en moyenne 16 minutes en 2002 selon la Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques.

Dans une enquête réalisée par Gérin et al., le manque de temps en consultation a été le principal obstacle à la prescription d'activité physique (64). Ces résultats renforcent l'hypothèse émise à l'issue des entretiens. Les médecins se disent être débordés et invoquent des tâches administratives de plus en plus lourdes qui se rajoutent à une activité toujours en hausse.

Un deuxième impact concerne la formation. Dans le cadre du Développement Professionnel Continu, les médecins sont obligés de se restreindre aux formations qui leur semblent les plus adaptées à leur pratique quotidienne. Même si beaucoup considèrent qu'il est essentiel de se former à la prescription d'APA pour éventuellement prescrire par la suite, un nombre insuffisant est prêt à le faire. Les attentes du corps médical sont assez claires : la formation devra être simple et concise, avec des informations claires sur la prise en charge des patients et les possibilités d'orientation vers des structures adaptées.

5.3.1.5. *Le conseil est basique et adapté au patient*

Les médecins généralistes pallient leur défaut de connaissances par ce qu'ils nomment eux-mêmes le « conseil minimal ». Cette méthode simple, rapide et efficace est surtout utilisée dans le sevrage tabagique. Elle consiste à encourager les tentatives d'arrêt du tabac et de soutenir le patient dans sa démarche. Par extrapolation, les médecins interrogés ont employé ce terme pour qualifier les conseils simples et pratiques qu'ils prodiguent. Ils sont souvent plus à l'aise pour donner des conseils d'ordre général. Les recommandations ne sont certes pas techniques mais adaptées aux contraintes de vie des patients. Elles visent à induire par la répétition des modifications de comportement. Certains travaux ont confirmé les bénéfices du conseil minimal : ceux de Riquier et al. ont montré qu'une intervention brève de promotion de l'activité physique paraît induire un changement positif de comportement à court terme chez les patients consultant en médecine générale (65).

Cependant, le conseil minimal est comme son nom l'indique, minimal. A défaut de mieux, il est couramment répandu dans la consultation de médecine générale. Toutefois, une simple mesure incitative est-elle suffisante ? Une étude australienne a montré qu'il y a un écart entre ce que les médecins estiment bien faire et ce qui est préconisé par les institutions (66).

La dynamique actuelle vise à tenter de sortir du conseil minimal afin d'améliorer les pratiques. Elle repose sur une prescription méthodologique avec des posologies bien précises en fonction des pathologies du patient pour envisager un plus grand bénéfice à l'échelle individuelle et globale. Cela fait appel à des compétences spécifiques qui seront relayées aux professionnels d'APA qui pourront émettre des recommandations à l'attention des médecins.

5.3.1.6. *Les convictions personnelles du médecin jouent sur la promotion d'activité physique*

Les médecins eux-mêmes sportifs se disent plus à l'aise et plus sensibilisés à promouvoir l'activité physique. Du fait de leur pratique personnelle, ils y pensent plus régulièrement et vont être capables d'en parler avec conviction à leurs patients. Ces

résultats sont compatibles avec ceux montrés par Abramson et al., les médecins sportifs encouragent plus leurs patients à pratiquer une activité physique (67) .

Les programmes de promotion de l'activité physique sont orientés sur le patient mais, au vu des résultats présentés, les autorités de santé devraient envisager un axe de réflexion sur la promotion de l'activité physique chez les médecins.

5.3.2. Le patient ancré dans ses habitudes de vie

Dans un sondage TNS Sofres paru en juillet 2015, 96% des français interrogés ont déclaré que le sport sur ordonnance était une bonne idée. Ce soutien s'appuie sur une large reconnaissance des bienfaits de la pratique sportive pour améliorer le moral, l'état de santé, réduire le taux de mortalité ou la récurrence de certaines pathologies ou encore réduire la prise médicamenteuse (68).

Cependant, malgré cette dynamique encourageante, le constat au quotidien observé par les médecins généralistes est moins optimiste. En dépit des conseils répétés, ils peinent à observer des modifications comportementales chez leurs patients. Cela est observé dans le reste du monde où, par exemple, Stevenson et al. ont montré que les médecins croient en l'importance de l'exercice et se disent prêts à prodiguer des conseils mais considèrent que leur taux de réussite à changer le comportement des patients est plutôt mitigé (69).

Cela va bien au-delà de la promotion d'activité physique et a trait de façon plus générale à l'observance. Selon diverses études publiées, le nombre de patients non observants ou mauvais observants serait compris entre 30 et 60% (70).

Les causes de non-observance sont multiples et peuvent être extrapolées à la pratique d'activité physique. De multiples caractéristiques du patient, à la fois cognitives, comportementales, sociales et émotionnelles, conditionnent l'observance thérapeutique (71).

La thérapeutique elle-même influence grandement l'observance du patient. Elle sera d'autant mieux suivie que le patient ressent une efficacité, à tel point que le niveau

d'observance et de persistance de la thérapeutique peut être considéré comme un critère de satisfaction. En ce qui concerne l'aspect financier, il est intéressant de noter que le coût peut être, selon les cas, source d'abandon.

Par ailleurs, outre la place du médecin dans l'adhésion thérapeutique, les systèmes de soins sont en cause dans la non-observance. Il apparaît de plus en plus que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représente un obstacle majeur à la bonne observance des mesures thérapeutiques (72).

Les pouvoirs publics ont un rôle à jouer dans la mise en place structurée de programmes de promotion d'APA afin de contrecarrer ce dernier point.

Le modèle transthéorique (MTT) développé dans l'introduction permet de mieux comprendre les différents mécanismes de changement intentionnel de comportement. Celui-ci permet en effet de tenir compte de la motivation initiale à changer des patients, d'adapter les interventions aux besoins correspondant à chacun des stades, et de mieux anticiper et prévenir les risques de rechute. Le MTT se révèle particulièrement efficace pour encourager la pratique d'une activité physique régulière. Toutefois, il semble que les interventions répétées, qui permettent de suivre les patients au cours de leur évolution à travers les stades soient plus efficaces que les interventions courtes lorsqu'il s'agit d'obtenir des résultats sur le long terme (73).

Le coaching a montré son efficacité dans le diabète de type 2 et ses bénéfices figurent dans le Référentiel de la Société francophone du Diabète (SFD) de 2011 (74) : une intervention modifiant le mode de vie pendant 3 à 6 ans peut prévenir ou retarder la survenue de diabète de type 2 jusqu'à au moins 14 ans après la période d'intervention active.

Il y a là un intérêt évident à ne pas se limiter au conseil minimal et les stratégies d'intervention devraient être adaptées au stade de changement d'un individu pour optimiser l'accompagnement et l'adhésion. Le rôle de l'accompagnement actif ou coaching peut voir là tout son intérêt pour permettre de passer du changement de comportement à l'habitude.

Les médecins généralistes sont favorables au développement de programmes d'APA mais cependant, ils ne souhaitent pas être témoins de dérives de déresponsabilisation des patients. La démarche interventionnelle se doit d'être raisonnée selon eux.

5.3.3. Attentes des médecins généralistes pour pouvoir demain prescrire de l'activité physique

5.3.3.1. *La question de la prescription d'APA : simplicité et reconnaissance*

En pratique, plusieurs possibilités sont envisageables dans l'attente de décrets d'application définissant clairement l'implication du médecin généraliste :

- le médecin généraliste, à l'issue d'une évaluation précise de son patient, rédige une ordonnance d'APA mentionnant le type d'activité adaptée, la posologie et l'intensité. Il oriente secondairement vers une structure d'APA qu'il juge appropriée. Cette formule nécessite des compétences spécifiques pour l'évaluation et la prescription de recommandations et par ailleurs, d'avoir une bonne connaissance des structures localement actives.

Pour accompagner les médecins dans la prescription, des référentiels ont été publiés. Un dictionnaire disponible sur le site internet du Comité national olympique et sportif français (Médicosport-santé) doit notamment être diffusé aux médecins généralistes fin 2016 (75).

Malgré ces outils d'aide à la prescription, les médecins ne semblent pas partisans de ce modèle, inadapté à leurs connaissances et au temps dont ils disposent pour la promotion d'activité physique.

- une autre possibilité est que le médecin généraliste par le biais d'une évaluation rapide identifie les patients à risque et oriente vers un organisme d'APA qui se charge de réaliser l'évaluation spécifique, d'émettre des recommandations adaptées et de suggérer une orientation vers une structure d'APA. Le patient est revu à l'issue de cette évaluation par le médecin généraliste qui selon les recommandations proposées rédige le certificat de non contre-indication à la pratique de l'activité recommandée.

Une formation minimale reste nécessaire ainsi qu'une information de la part des organismes d'APA agréés pour instaurer un dialogue et une relation de confiance entre professionnels médicaux et de l'APA.

En tant que médecins de premier recours, ce modèle renforce le rôle pivot du médecin qui coordonne les soins en tenant compte du patient dans sa globalité.

Dans un document de réflexion paru en février 2016, le Collège de Médecine Générale (CMG) a présenté une liste d'indicateurs qui pourraient être ajoutés aux items existants au sein de la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP) et souhaitait y voir ajoutée la prescription d'activité physique pour les patients souffrant d'hypertension artérielle (76).

Cette prise de position du CMG est une reconnaissance de l'intérêt de la prescription d'APA et si cette mesure est acceptée, pourrait être incitatrice pour de nombreux médecins à promouvoir l'activité physique sur ordonnance.

5.3.3.2. Des axes de communication à développer

Les médecins généralistes déplorent le peu de médiatisation relatif aux bénéfices de l'activité physique. Si les médias s'emparent de la sédentarité, le message véhiculé au cabinet pourrait être relayé et l'activité physique pourrait être la nouvelle tendance.

Ceci est en passe de changer depuis le vote récent de l'amendement « sport sur ordonnance », le sport santé est de plus en plus couvert par les médias. Les initiatives locales se développent et la communication faite autour de projets innovants en matière de sport santé assure une couverture médiatique quasi quotidienne. Un tapage médiatique peut susciter la curiosité de la population et ainsi susciter son éveil pour se remettre à l'activité physique.

Si 55% des médecins interrogés dans le sondage IFOP de novembre 2015 ont déjà entendu plus ou moins parlé de l'amendement autorisant les médecins à prescrire une activité physique, la concrétisation en pratique reste plus floue. Les médecins généralistes regrettent le peu de formation et d'information dont ils disposent. Ils vont

devenir des acteurs à part entière de la prescription d'APA et afin de répondre à leurs fonctions, ils doivent être équipés des outils adéquats et entourés de spécialistes formés.

Certains ont pu manifester une certaine méfiance envers les professionnels d'APA et plus globalement, il y a un manque de connaissances des médecins généralistes concernant les compétences des enseignants en APA et du monde du sport en général.

Les formations attendues par les médecins ont pour objectif de permettre de faire connaître cette profession encore trop peu reconnue du corps médical, en plus de diffuser l'information sur les organismes d'APA.

Une communication de la communauté scientifique est aussi attendue par les médecins pour faire la preuve de l'efficacité à court et à long terme sur les bénéfices observés de l'augmentation de la pratique d'activité physique.

5.3.3.3. *La question du financement reste en suspend*

Dans le sondage TNS Sofres paru en juillet 2015, aux yeux des français, la pratique sportive prescrite sur ordonnance serait avant tout à financer principalement par deux acteurs, la Sécurité Sociale (39%) et les Mutuelles et Assureurs (35%).

A Strasbourg, ville pionnière depuis 2012 du concept « sport santé sur ordonnance », la ville, l'Agence Régionale de Santé et quelques autres partenaires financent le dispositif à hauteur de 250 000 euros par an (77).

A Biarritz, il s'agit d'un partenariat privé et public avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, de la CPAM, de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES). Une participation de 10 euros pour 12 semaines est aux frais du patient (59).

Les assurances et les mutuelles se montrent de plus en plus intéressées par le sport santé et commencent à financer l'inscription à des structures labellisées.

D'après des estimations réalisées par la Mutualité française, en finançant à hauteur de 150 euros une activité physique adaptée à 10% des patients souffrant de cancer, de

diabète ou d'insuffisance respiratoire chronique, la sécurité sociale économiserait chaque année 56,2 millions d'euros (78).

Les médecins généralistes restent cependant circonspects sur la question du financement et attendent de voir la preuve de l'efficacité à l'échelle de projets pilotes sur l'économie de santé. Ils doutent de voir un jour la Sécurité Sociale prendre en charge l'APA.

Le développement de projets pilotes partout en France devrait permettre de réfléchir à des modèles de financement applicables à l'échelle nationale.

6. CONCLUSION

Les pathologies liées à la sédentarité constituent la première cause de mortalité évitable dans le monde. L'activité physique est primordiale en prévention primaire et secondaire dans les maladies cardiovasculaires. De nombreuses études ont prouvé les bénéfices de l'activité physique adaptée dans ce domaine. La lutte contre la sédentarité est un enjeu de santé publique majeur et les autorités de santé ont manifesté leur engagement en votant un amendement en novembre 2015 autorisant désormais les médecins généralistes à prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge et la coordination du parcours de soins des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. Cet amendement leur confie de nouvelles fonctions et nous avons par conséquent souhaité étudier les représentations qu'ils ont de la prescription d'activité physique adaptée chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire.

Notre étude a permis de constater que la lutte contre la sédentarité et la pratique d'activité physique occupent une place importante dans le suivi des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, d'autant plus qu'il s'agit de prévention secondaire. La prescription d'activité physique adaptée est considérée comme faisant partie de leur compétence : les médecins généralistes délivrent des conseils oraux avec une approche centrée sur le patient. Le conseil peut être perçu comme minimal sur le plan technique mais il prend en compte les comorbidités du patient, ainsi que ses goûts et ses contraintes professionnelles et familiales, pour le rendre applicable au quotidien.

Les médecins généralistes s'appuient sur les cardiologues pour les guider sur les capacités atteignables sans risques et in fine pour la rédaction du certificat de non contre-indication à la pratique d'activité physique. Ils ont recours aux kinés qu'ils sollicitent pour faire de l'accompagnement actif chez leurs patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaire, tout en sachant que ce ne sont pas leurs compétences premières, par manque de connaissance des professionnels d'APA.

Les défis à relever sont de taille. Les réticences persistent et le corps médical, faute de preuves établies, peine à attribuer à l'activité un statut égal à celui d'autres traitements. A l'heure actuelle, les médecins généralistes font état d'un manque de formation universitaire et de connaissances avec des référentiels peu adaptés à la pratique. Ils manquent aussi de temps, autant pendant la consultation pour aborder l'activité physique qu'en dehors pour la formation personnelle.

Les médecins généralistes sont globalement favorables à la prescription d'APA. Toutefois, ils attendent une formation simple et concrète avec des outils d'aide à la prescription et une information claire sur les structures vers lesquelles ils peuvent adresser leurs patients et sur les professionnels d'APA et leurs compétences. Ils comptent sur l'appui d'un réseau de sport santé dynamique localement étendu pour s'attaquer à des habitudes de vie solidement ancrées chez leurs patients sédentaires. Pour renforcer cette amorce de transition, ils proposent une campagne médiatique sur les bénéfices en terme de santé pour déclencher une prise de conscience collective. Certaines questions comme celle financement ou celle des inégalités géographiques restent à éclaircir.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Activité physique.
2. Dietz WH. The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proc Nutr Soc.* nov 1996;55(03):829-40.
3. Le rôle décisif de l'activité physique - Ressources pour les professionnels de santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/s-informer-19/determinants-de-l-etat-nutritionnel/le-role-decisif-de-l-activite-physique.html>
4. Charte européenne du sport [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: http://portal.unesco.org/education/fr/ev.php-URL_ID=2221&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
5. Fabre C, Chavignay É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Rev Mal Respir Actual.* nov 2010;2(6):628-30.
6. OMS | La sédentarité: un problème de santé publique mondial [Internet]. WHO. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
7. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet.* juill 2012;380(9838):294-305.
8. Sédentarité : le mal du XXI^e siècle ? [Internet]. L'observatoire de la Sédentarité. 2013 [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: <http://observatoiresedentarite.com/sedentarite-le-mal-du-xxie-siecle/>
9. Sport et Santé en Europe / Sport and Health in Europe: L'activité physique au service du bien-être et du bien-vivre ensemble / Physical activity as a means to well-being and living well together. Think tank Sport et citoyenneté; 2014. 161 p.
10. La Vecchia C, Gallus S, Garattini S. Effects of physical inactivity on non-

communicable diseases. *The Lancet*. nov 2012;380(9853):1553.

11. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, et al. Statement on Exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All Americans A Statement for Health Professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*. 15 août 1996;94(4):857-62.

12. The Diabetes Prevention Program (DPP). *Diabetes Care*. déc 2002;25(12):2165-71.

13. DiPietro L. Physical activity, body weight, and adiposity: an epidemiologic perspective. *Exerc Sport Sci Rev*. 1995;23:275-303.

14. WHO | Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases
 Report of the joint WHO/FAO expert consultation [Internet]. WHO. [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/kit/en/>

15. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, Dunstan DW. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med*. août 2011;41(2):207-15.

16. ISCA, Cebr. The economic cost of physical inactivity in Europe. 2015.

17. La pratique sportive régulière des Français en baisse : quelles pistes d'action publique ? [Internet]. [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/actualites/pratique-sportive-reguliere-francais-baisse-pistes-daction-publique>

18. Thierry P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. Ministère du sport; 2010.

19. Lefèvre B. Les principales activités physiques et sportives pratiquées en France en 2010 [Internet]. Ministère du sport; 2011. Disponible sur: http://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/Stat_Info_no11-

02_de_novembre_2011.pdf

20. Thiery P. Les sports de nature en France en 2011. Ministère des sports; 2013.
21. YouScribe. La pratique sportive en France, reflet du milieu social [Internet]. [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.youscribe.com/catalogue/etudes-et-statistiques/savoirs/sciences-humaines-et-sociales/la-pratique-sportive-en-france-reflet-du-milieu-social-1960077>
22. Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity - European Union Open Data Portal [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: https://open-data.europa.eu/fr/data/dataset/S1116_80_2_412
23. US Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General Executive Summary. 1996; Disponible sur: www.healthfinder.gov
24. Oppert J-M. Activité physique et prévention cardio-vasculaire. ADSP. 2004;(47).
25. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. Nutr Rev. févr 2009;67(2):114-20.
26. Paumard C. Les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. août 2014;14(82):201-8.
27. Perreault L, Pan Q, Mather KJ, Watson KE, Hamman RF, Kahn SE. Effect of regression from prediabetes to normal glucose regulation on long-term reduction in diabetes risk: results from the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. The Lancet. 22 juin 2012;379(9833):2243-51.
28. (Inserm) Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. Les éditions Inserm; 2008 [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: <http://ipubli-inserm.inist.fr/handle//10608/97>
29. Sosner P, Gremeaux V, Bosquet L, Herpin D. Hypertension artérielle et exercice

physique – Mise au point pratique. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2014;63(3):197-203.

30. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>

31. 09-03 Sport et santé | Académie nationale de médecine [Internet]. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035965/>

32. Sport et fonctions métaboliques | Académie nationale de médecine [Internet]. [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035235/>

33. Kelley GA, Kelley KS. Aerobic exercise and lipids and lipoproteins in men: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Mens Health Gend Off J Int Soc Mens Health Gend*. 2006;3(1):61-70.

34. Harper T. Mechanisms behind the success of exercise as an adjunct quit smoking aid. *Electron Thesis Diss Repos* [Internet]. 26 juill 2011; Disponible sur: <http://ir.lib.uwo.ca/etd/198>

35. Ussher M, Nunziata P, Cropley M, West R. Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology (Berl)*. oct 2001;158(1):66-72.

36. Grove JR, Wilkinson A, Dawson B, Eastwood P, Heard P. Effects of exercise on subjective aspects of sleep during tobacco withdrawal. *Aust Psychol*. 1 mars 2006;41(1):69-76.

37. Haasova M, Warren FC, Ussher M, Janse Van Rensburg K, Faulkner G, Cropley M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*. 1 janv 2013;108(1):26-37.

38. Bréchat P-H, Lonsdorfer J, Vogel T. Pour une promotion de la santé par des

activités physiques et sportives, sûre, personnalisée et accessible pour tous. Presse Médicale. mars 2007;36(3):379-80.

39. Wiggins MS, Simonavice EM. Cancer prevention, aerobic capacity, and physical functioning in survivors related to physical activity: a recent review. Cancer Manag Res. 2010;2:157-64.

40. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/

41. HAS. Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées. 2011.

42. 01. Plan national sport santé bien-être [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>

43. Ministère de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. 2011. Disponible sur: www.sante.gouv.fr

44. Code de la santé publique - Article L1172-1. Code de la santé publique.

45. Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? Annu Rev Public Health. 2011;32:349-65.

46. Le médicosport-santé voit le jour ! [Internet]. Sport santé Pays de la Loire. 2015 [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr/actualite/medicosport-sante-voit-jour>

47. Bazex J, Pène P, Rivière. Les activités physiques et sportives — la santé — la société. Bull Acad Natle Méd. 2012;196(7):1429-42.

48. Transtheoretical Model (or Stages of Change) - Health Behavior Change [Internet]. prochange.com. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur:

<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>

49. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP*. oct 1997;12(1):38-48.
50. Lemonnier F, Le Masne A. Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique [Internet]. INPES; 2015. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-433.pdf>
51. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. juill 2000;19(4):354-64.
52. Parks S, Housemann R, Brownson R. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *J Epidemiol Community Health*. janv 2003;57(1):29-35.
53. How the Green Prescription works [Internet]. Ministry of Health NZ. [cité 9 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions/how-green-prescription-works>
54. Exercise is Medicine [Internet]. [cité 2 avr 2016]. Disponible sur: <http://exerciseismedicine.org/canada/>
55. ICI.Radio-Canada.ca ZN-. Les médecins du Québec peuvent maintenant prescrire de l'activité physique | ICI.Radio-Canada.ca [Internet]. Radio-Canada.ca. [cité 9 févr 2016]. Disponible sur: <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/09/04/001-medecins-activite-physique-prescription-pierre-lavoie-quebec.shtml>
56. Documents spécialisés | PAPRICA [Internet]. [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: http://www.paprica.ch/WP_1/?cat=11
57. Sport santé sur ordonnance : Strasbourg à la tête d'un réseau national pour faire bouger sa santé [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur:

http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/10/16/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg-la-tete-dun-reseau-national-pour-faire-bouger-sa-sante_775761

58. Le sport sur ordonnance : l'expérience de Blagnac [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Le-Pole-Ressources-national-Sport-et-Sante-11176/Articles-Newsletter/article/Le-sport-sur-ordonnance-l-experience-de-Blagnac>

59. Biarritz expérimente le sport sur ordonnance pour les patients sédentaires [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/05/19/biarritz-experimente-le-sport-sur-ordonnance-pour-les-patients-sedentaires_755871

60. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES; 2011 p. p.56-7. (coll. Baromètres santé).

61. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. JAMA. 27 oct 1999;282(16):1583-8.

62. Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, et al. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. Br J Gen Pract. mars 2004;54(500):189-95.

63. Walsh JME, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. mai 1999;16(4):307-13.

64. Carroll JK, Antognoli E, Flocke SA. Evaluation of Physical Activity Counseling in Primary Care Using Direct Observation of the 5As. Ann Fam Med. sept 2011;9(5):416-22.

65. Riquier P-A. Une intervention brève par le médecin généraliste permet-elle une augmentation de l'activité physique des patients ? 12 avr 2012;108.

66. Bull FCL, Schipper ECC, Jamrozik K, Blanksby BA. How Can and Do Australian

Doctors Promote Physical Activity? *Prev Med.* nov 1997;26(6):866-73.

67. Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med.* janv 2000;10(1):40-8.

68. TNS Sofres. Le sport sur ordonnance. 2015.

69. Stevenson LM, McKenzie DC. Physicians' Exercise Habits. *Can Fam Physician.* sept 1992;38:2015-8.

70. Le Bot M. Dossier Observance. 1999;13:1335-48.

71. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège [Internet].* 2010 [cité 7 mars 2016];65(5-6). Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70194>

72. Cutler DM, Everett W. Thinking Outside the Pillbox — Medication Adherence as a Priority for Health Care Reform. *N Engl J Med.* 29 avr 2010;362(17):1553-5.

73. Tafticht N, Csillik AS. Nouvelles applications du modèle transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2013;171(10):693-9.

74. Duclos M, Oppert J-M, Vergès B, Coliche V, Gautier J-F, Guezennec C-Y, et al. Activité physique et diabète de type 2: Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011. *Médecine Mal Métaboliques.* févr 2012;6(1):80-96.

75. Sport santé: un Vidal pour faciliter les prescriptions [Internet]. Univadis. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.univadis.fr/actualites-metier/4cae7c00a15feac7d649d50eefe27c25>

76. Une ROSP pour tous en Médecine générale. Des nouveaux modes de rémunérations à faire émerger. 2016 Février.

77. Sport santé sur ordonnance : Strasbourg à la tête d'un réseau national pour faire

bouger sa santé [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/10/16/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg-la-tete-dun-reseau-national-pour-faire-bouger-sa-sante_775761

78. Santé : la Sécu pourrait économiser près d'un milliard d'euros grâce au sport [Internet]. La Tribune. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.latribune.fr/actualites/economie/france/20120309trib000687402/sante-la-secu-pourrait-economiser-pres-d-un-milliard-d-euros-grace-au-sport.html>

8. ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Connaissances pratiques et représentations de la prescription d'activité physique adaptée aux patients à risque cardiovasculaire en prévention primaire.

Analyse des déterminants de la prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Le guide se divise initialement en 5 grands thèmes. A l'issue des trois premiers entretiens, un sixième thème a été ajouté.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, en guise de lanceur de discussion, il me semble intéressant de savoir si le médecin interrogé pratique une activité physique.

En introduction donc, pratiquez-vous une activité physique ? Laquelle ? A quelle fréquence ?

1. Thème « Mesures hygiéno-diététiques »

1.1. Quel est, pour vous, l'impact de la sédentarité chez vos patients en matière de facteurs de risque cardiovasculaire ?

Relance : Par exemple, par rapport aux facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabagisme, l'obésité ou l'hypercholestérolémie, à quelle place la situez-vous ?

1.2. Quels conseils d'hygiène de vie donnez-vous à vos patients ? Quelle importance accordez-vous à la pratique d'APS ?

Par quels moyens faites-vous la promotion des règles d'hygiène de vie et d'activité physique ?

2. Thème « Facteurs limitants à la prescription d'APA (activité physique adaptée) »

2.1. Chez vos patients à risques cardiovasculaire, qu'est-ce qui vous limiterait à prescrire de l'APA ?

3. Thème « Connaissances médicales »

3.1. Comment évaluez-vous vos patients en matière d'activité physique ?

3.2. Quel recours aux recommandations de l'OMS et au PNNS avez-vous pour la promotion d'activité physique et sportive ? Que pensez-vous de ces recommandations pour vos patients et notamment ceux présentant un risque cardiovasculaire ?

3.3. L'amendement 2673 de l'article 35 du code de la santé publique précise que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». Chez vos patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, comment prescririez-vous de l'activité physique adaptée ?

4. Thème « Perception des programmes de promotion de l'activité physique »

4.1. Que pensez-vous des programmes de promotion d'activité physique adaptée ? Y participez-vous ? Connaissez-vous des structures où orienter vos patients ?

5. Thème « Moyens de promotion »

Quelles sont vos attentes en matière de prescription d'APA pour vos patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Relance : Que pensez-vous de la consultation dédiée avec une cotation spécifique, comme le propose le syndicat national des médecins du sport ?

Relance : L'amendement 2673 de l'article 35 voté en mars 2015 stipule qu'une « formation à la prescription d'APA est dispensée dans le cadre des études médicales ». Quelles formations attendez-vous ? Parmi les FMC, DU ou congrès, lequel vous semblerait le plus adapté à votre pratique et le plus formateur ?

6. Interlocuteurs

Quels sont vos interlocuteurs en matière d'activité physique ?

Les dernières questions concernent le médecin interrogé : âge/sexe/première année d'installation/spécificité d'exercice/lieu d'exercice.

9. RESUME

INTRODUCTION :

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de l'activité physique dans les maladies cardiovasculaires aussi bien en prévention primaire que secondaire. La sédentarité, première cause de mortalité évitable dans le monde, est un enjeu de santé publique majeur qui a conduit les autorités de santé à voter un amendement autorisant la prescription d'activité physique adaptée (APA).

Nous avons cherché à analyser les représentations des médecins généralistes concernant la prescription d'APA chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire.

METHODE :

Etude qualitative par entretiens semi-structurés à l'aide d'un guide d'entretien auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes de novembre 2015 à janvier 2016.

RESULTATS :

La pratique d'activité physique est abordée en consultation par les médecins généralistes qui sont conscients de ses bénéfices. La prescription d'APA fait partie de leur compétence : ils délivrent des conseils oraux adaptés à la globalité du patient. Le conseil est minimal en matière technique. Toutefois, il prend en compte les comorbidités du patient, ses goûts et ses contraintes pour le rendre applicable au quotidien. Les médecins généralistes s'appuient sur les cardiologues pour le certificat de non contre-indication à la pratique sportive et sur les kinés par méconnaissance de l'existence de professionnels d'APA. Les principaux obstacles à la prescription d'APA sont le manque de connaissances, une formation universitaire insuffisante avec des référentiels peu adaptés en pratique et un manque de temps dans la consultation ainsi que pour la formation personnelle.

CONCLUSION :

Les médecins généralistes sont globalement favorables à la prescription d'APA. Ils attendent une formation concrète avec des outils simples et des interlocuteurs identifiés. Une dynamique locale renforcée par une campagne médiatique sont des pistes pour amorcer un changement des habitudes du patient. Les questions du financement ou des inégalités géographiques restent à éclaircir.

MOTS CLES :

Etude qualitative, entretiens semi-dirigés, prescription d'activité physique adaptée, facteurs de risque cardiovasculaire, médecine générale, amendement Fourneyron.

10. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.